

Direction des bibliothèques

AVIS

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal

Pour une exploration de la perspective de la maternité dans un contexte
de troubles des conduites alimentaires

Par
Julie Achim

Département de psychologie
Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D)
en psychologie, programme recherche et intervention
option psychodynamique

Juillet 2006

© Julie Achim, 2006



Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Pour une exploration de la perspective de la maternité dans un contexte
de troubles des conduites alimentaires

présentée par:
Julie Achim

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Président-rapporteur

Denis Lafortune
Directeur de recherche

Membre du jury

Examineur externe

Représentant du doyen de la FES

Résumé

Notre thèse s'attache à l'exploration de l'univers fantasmatique que sollicite la perspective de la maternité chez des jeunes femmes souffrant d'un trouble des conduites alimentaires (TCA). Nous nous intéressons aux représentations mentales des diverses figures de la filiation maternelle qui habitent ces jeunes femmes ainsi qu'à l'inscription d'un bébé imaginaire dans cette filiation. Nous tentons également de saisir la nature des fantaisies que pourrait évoquer chez elles l'éventualité de la maternité. Cette thèse en trois articles s'inscrit dans le cadre d'une vaste étude multidisciplinaire consacrée aux dimensions physiologiques et psychologiques communes aux TCA et aux stérilités médicalement inexpliquées, réalisée à l'Institut Mutualiste Montsouris, Paris (FR). Le premier article explore les représentations mentales de soi et d'autrui des jeunes femmes souffrant d'un TCA à la lumière de la qualité du lien les unissant à leur mère. Nous cherchons à cerner la nature de ces constructions mentales, leurs inter-relations ainsi que la place qu'y occupe le bébé imaginaire. Quatre-vingt-trois jeunes femmes ont participé à ce premier volet –quantitatif– de l'étude (GR1 : 42 TCA; GR1 : 41 témoins). Les résultats démontrent que les jeunes femmes souffrant d'un TCA ne diffèrent pas de celles du groupe témoin dans la manière d'imaginer le bébé à venir ou le conjoint idéal. Elles s'en distinguent néanmoins dans leur façon de se représenter les figures de la filiation maternelle ainsi que les écarts existant entre ces figures. Les jeunes femmes du GR1 sont habitées par des représentations mentales extrêmes de ces figures et par une lignée maternelle marquée par une importante dévalorisation de soi et de la mère réelle au profit d'une mère idéale infaillible et d'un conjoint idéal incarnant un substitut maternel parfait. Ces constats s'imposent dans le contexte d'une relation mère-fille jugée insatisfaisante. Le second article présente l'analyse qualitative du matériel clinique recueilli lors d'entretiens semi-structurés réalisés auprès de dix jeunes femmes souffrant de TCA (issues du GR1) et dix autres provenant de la population générale (issues du GR2). À la différence de celles du groupe témoin, les jeunes femmes souffrant d'un TCA tiennent des propos laissant entrevoir certaines difficultés à s'affranchir du modèle familial d'origine. Famille d'origine et famille imaginaire semblent superposables chez ces jeunes femmes, laissant peu d'espace pour la création de leur propre histoire. La perspective de la maternité semble porteuse d'une

opportunité de réparation de soi pour les jeunes femmes présentant un TCA alors qu'elle semble soutenir un mouvement évolutif ainsi qu'un changement identitaire chez les jeunes femmes du groupe témoin. Le troisième article présente la validation de notre traduction française du *Mother-Daughter Relationship Inventory* d'Inazu et Fox (1982). Il s'agit d'un article complémentaire, ajouté à la thèse en raison de notre utilisation de l'instrument et de la rigueur additionnelle que confère à notre recherche l'usage d'une traduction validée, démontrant des propriétés psychométriques fort satisfaisantes. Cette validation a permis l'identification de deux facteurs, l'un « *allocentré* » (centré sur la perception maternelle) et l'autre « *autocentré* » (centré sur la perception de la fille), permettant ainsi une meilleure appréciation des subtilités du lien mère-fille.

Mots-clés : Troubles des conduites alimentaires, maternité, représentations mentales, bébé imaginaire, filiations maternelles, relations mère-fille, validation d'instrument.

Abstract

This thesis explores the fantasy universe created by the prospect of maternity among young women suffering from eating disorders (ED). We investigate the mental representations of the various figures within mother-daughter relationships as experienced by these young women, as well as how they insert an imagined child within this lineage. Equally, we attempt to understand the nature of the fantasies evoked in these women by the possibility of maternity. This three-article thesis forms part of a vast, multidisciplinary study of the physiological and psychological dimensions common both to eating disorders and to unexplained infertility, undertaken at the *Institut Mutualiste Montsouris*, Paris, France. The first article explores the mental representations of self and others held by young women with EDs, particularly in relation to the quality of their relationship with their mother. We define the nature of these mental constructions, their interrelationships, and the place occupied by the imagined child. Eighty-three young women participated in this first – qualitative – part of the study (Group1: 42 subjects with EDs; Group 2: 41 control subjects). The results show that the young women suffering from EDs have similar perceptions to those in the control group regarding their imagined child or their ideal spouse. They differ however in their perceptions of the various figures present within mother-daughter relationships, and in the differences between these figures. The young women in Group 1 are grappling with extreme mental representations of these figures, and with a perception of mother-daughter relationships that is notable for a significant devaluation of self in comparison with an overly perfect ideal mother and an ideal spouse who personifies a perfect maternal substitute. These observations are especially pertinent in the context of a mother-daughter relationship judged unsatisfactory by the young women. The second article presents a qualitative analysis of the clinical material gathered during semi-structured interviews with ten young women suffering from EDs (part of Group 1) and ten others from the general population (part of Group 2). Unlike the control group, the young women suffering from EDs make statements that hint at certain difficulties in freeing themselves from their initial family model. For these young women, family of origin and imagined family seem to be superimposed, leaving little space for the creation of a story

truly their own. For the young women suffering from EDs, the prospect of maternity seems to hold a self-healing opportunity, whereas for the control group, the prospect seems to represent a progressive movement towards others, as well as a change of identity. The third article presents the validation of our French translation of the *Mother-Daughter Relationship Inventory* by Inazu and Fox (1982). This complementary article was included in the thesis because of the additional rigour imparted to our research by the use of a validated instrument demonstrating excellent psychometric properties. This validation allowed the identification of two factors, one *allo-centric* (centered on the perception of the mother) and the other *auto-centric* (centered on the daughter's own perception), thus allowing a deeper understanding of the mother-daughter relationship.

Keywords: Eating disorders, maternity, mental representations, imagined child, mother-daughter relationship, measurement validation.

Table des matières

Résumé.....	iii
Abstract.....	v
Liste des tableaux.....	ix
Liste des figures.....	xi
Liste des sigles.....	xiii
Dédicace.....	xiv
Remerciements.....	xv
Introduction.....	1
Méthode.....	40
ARTICLE I	
Perspective de la maternité et troubles des conduites alimentaires:	
Représentations mentales du bébé imaginaire et des diverses figures de filiations.....	52
ARTICLE II	
Perspective de la maternité et troubles des conduites alimentaires :	
Une exploration de l'univers de « l'avant-conception ».....	108
ARTICLE III	
L'Inventaire des relations mère-fille : Validation de la traduction française du	
<i>Mother-Daughter Relationship Inventory</i> de Inazu et Fox.....	144
Conclusion.....	164
Références.....	181

Appendice A :	Accusé de réception de <i>L'Encéphale</i> et réponse des auteurs.....	xviii
Appendice B :	Critères diagnostiques des troubles des conduites alimentaires (DSM-IV).....	xxiii
Appendice C :	Critères d'exclusion de la recherche.....	xxvii
Appendice D:	Questionnaire de données socio-démographiques.....	xxix
Appendice E:	Questionnaire SCOFF.....	xxxiv
Appendice F:	Adaptation de la <i>Repertory Grid</i> de Kelly au domaine de la périnatalité.....	xxxvi
Appendice G:	Inventaire des relations mère-fille (IRMF).....	xlii
Appendice H:	MINI International Neuropsychiatric Interview –DSM-IV- (M.I.N.I. 5.0).....	xliv
Appendice I:	Entretien semi-structuré : Maternité, désir d'enfant et filiations féminines.....	lxvii
Appendice J:	Grille d'analyse de l'Entretien semi-structuré.....	lxxiii
Appendice K :	Formulaire de consentement de participation à la recherche.....	lxxviii

Liste des tableaux

Introduction

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des 81 travaux recensés et cités dans les trois axes de recherche.....	21
Article I : Perspective de la maternité et troubles des conduites alimentaires: Représentations mentales du bébé imaginaire et des diverses figures de filiations	
Tableau 1 : Comparaison des cas et des témoins sur l'élément « <i>Vous-mêmes</i> » de l'ARGK.....	92
Tableau 2 : Comparaison des cas et des témoins sur l'élément « <i>Votre bébé lorsqu'il sera grand</i> » de l'ARGK.....	93
Tableau 3 : Comparaison des cas et des témoins sur l'élément « <i>Votre mère</i> » de l'ARGK.....	94
Tableau 4 : Comparaison des cas et des témoins sur l'élément « <i>La mère idéale selon vous</i> » de l'ARGK.....	95
Tableau 5 : Comparaison des cas et des témoins sur l'élément « <i>Le conjoint idéal selon vous</i> » de l'ARGK.....	96
Tableau 6 : Écarts entre les représentations mentales de soi et d'autrui quant à l'ensemble des construits: Comparaison des cas et des témoins à l'ARGK.....	98
Tableau 7 : Écarts entre les représentations mentales de soi et d'autrui quant au construit " <i>Responsabilité</i> ": Comparaison des cas et des témoins à l'ARGK.....	98
Tableau 8 : Écarts entre les représentations mentales de soi et d'autrui quant au construit " <i>Confiance en soi</i> ": Comparaison des cas et des témoins à l'ARGK.....	99
Tableau 9 : Écarts entre les représentations mentales de soi et d'autrui quant au	

construit " <i>Équilibre</i> ": Comparaison des cas et des témoins à l'ARGK.....	99
Tableau 10 : Écarts entre les représentations mentales de soi et d'autrui quant au construit " <i>Dépendance</i> ": Comparaison des cas et des témoins à l'ARGK.....	100
Tableau 11 : Écarts entre les représentations mentales de soi et d'autrui quant au construit " <i>Anxiété</i> ": Comparaison des cas et des témoins à l'ARGK.....	100
Tableau 12 : Écarts entre les représentations mentales de soi et d'autrui quant au construit " <i>Contrôle/intrusion</i> ": Comparaison des cas et des témoins à l'ARGK.....	101
Tableau 13 : Écarts entre les représentations mentales de soi et d'autrui quant au construit " <i>Soins offerts aux autres</i> ": Comparaison des cas et des témoins à l'ARGK.....	101
Tableau 14 : Écarts entre les représentations mentales de soi et d'autrui quant au construit " <i>Intelligence</i> ": Comparaison des cas et des témoins à l'ARGK	102
Tableau 15 : Écarts entre les représentations mentales de soi et d'autrui quant au construit " <i>Etat de santé</i> ": Comparaison des cas et des témoins à l'ARGK.....	102
Tableau 16 : Comparaison des cas et des témoins à l'Inventaire des relations mère-fille.....	107
Article III : L'Inventaire des relations mère-fille : Validation de la traduction française du Mother-Daughter Relationship Inventory de Inazu et Fox.	
Tableau 1 : Fréquence de cotation des items.....	160
Tableau 2 : Comparaison de l'analyse factorielle de la version anglaise (MDRL) et de l'analyse factorielle de la version française de l'Inventaire des Relations Mère-Fille (IRMF).....	161

Liste des figures

Article I :	Perspective de la maternité et troubles des conduites alimentaires: Représentations mentales du bébé imaginaire et des diverses figures de filiations	
Figure 1 :	Représentations mentales de soi et d'autrui en fonction des divers construits : Illustration des résultats des TCA en comparaison à ceux des témoins.....	97
Figure 2 :	Illustration des écarts entre les représentations mentales de soi et d'autrui pour l'ensemble des construits.....	103
Figure 3 :	Illustration des écarts entre les représentations mentales de soi et d'autrui pour le construit « <i>Responsabilité</i> ».....	103
Figure 4 :	Illustration des écarts entre les représentations mentales de soi et d'autrui pour le construit « <i>Confiance en soi</i> ».....	104
Figure 5 :	Illustration des écarts entre les représentations mentales de soi et d'autrui pour le construit « <i>Équilibre</i> ».....	104
Figure 6 :	Illustration des écarts entre les représentations mentales de soi et d'autrui pour le construit « <i>Dépendance</i> » (recodé « <i>Autonomie</i> »).....	105
Figure 7 :	Illustration des écarts entre les représentations mentales de soi et d'autrui pour le construit « <i>Anxiété</i> » (recodé « <i>Détente</i> »).....	105
Figure 8 :	Illustration des écarts entre les représentations mentales de soi et d'autrui pour le construit « <i>Intelligence</i> ».....	106
Figure 9 :	Illustration des écarts entre les représentations mentales de soi et d'autrui pour le construit « <i>État de santé</i> ».....	106
Article III :	L'Inventaire des relations mère-fille : Validation de la traduction française du Mother-Daughter Relationship Inventory de Inazu et Fox.	
Figure 1 :	Diagramme des valeurs propres (de Keyser).....	160

Figure 2 :	Carte du classement des items et des individus pour l'Inventaire des Relations Mère-Fille pour le premier facteur (allocentré).....	162
Figure 3 :	Carte du classement des items et des individus pour l'Inventaire des Relations Mère-Fille pour le second facteur (autocentré).....	163

Liste des sigles

ARGK	Adaptation de la Repertory Grid de Kelly
IMM	Institut Mutualiste Montsouris
IRMF	Inventaire des relations mère-fille
MDREL	Mother-Daughter Relationship Inventory
MINI-DSM-IV	MINI International Neuropsychiatric Interview -DSM-IV-
TCA	Troubles des conduites alimentaires

À ma mère (de transfert)

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier mon directeur de thèse, M. Denis Lafortune, pour la confiance et la bienveillance qu'il m'a témoignées tout au long de mon parcours doctoral. Son intelligence et sa rigueur, ses qualités pédagogiques et cliniques exceptionnelles, sa simplicité et son ouverture font de lui un modèle tout aussi impressionnant que stimulant, mais jamais écrasant.

Je souhaite également remercier le Pr. Philippe Jeammet, chef du Service de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte de l'Institut Mutualiste Montsouris (Paris, FR) qui m'a fait l'honneur de me recevoir au sein de son Service, le Dr. Maurice Corcos qui m'a gentiment introduite et guidée au sein de la très sélecte équipe de recherche de ce Service ainsi que toutes les jeunes femmes -patientes et étudiantes- qui ont accepté, avec générosité, de participer à ma recherche et de me livrer leurs histoires.

Merci à :

Catherine Laurier, pour l'immensité de la tâche accomplie, l'indéfectible loyauté et la voix donnée à mes volontés.

Emmanuelle Robert, pour les samedis après-midi, le plaisir du travail partagé et les avenues inespérées, la douceur et la sensibilité.

Jimmy Théberge, pour la rigueur intellectuelle, le soutien constant et contenant, les repères éclairants et l'amitié.

Hélène David, malgré tout.

Annie Derome, pour le travail statistique, la démesure et l'épreuve de réalité.

Isabelle Senécal, pour le travail de cotation, les complicités amicale et intellectuelle.

Marie Leclaire, pour la liberté de penser.

Chantal Thériault et Éric Amyot, pour les plats mijotés, le réconfort et la force de l'amitié.

Annie Breault et Pierre Poulin, pour la maison, les jardins, la piscine, l'humour, le soutien et l'amitié.

Monica Perazzo, pour elle-même.

Gabriel Pinkstone pour le français, l'anglais, les débats intello et la générosité.

Andrée Adams, Mario Bolduc, Joanne Giasson, Danielle Gosselin et Christine Leprince pour les transmissions si précieuses, l'affection et le respect de la jeunesse.

Guy Payant, chef du Service de psychologie du Pavillon Albert-Prévost, pour la grande flexibilité.

Madame Dion, bibliothécaire du Pavillon Albert-Prévost, pour les nombreuses recherches, la compétence et la gentillesse.

La famille, les amis, les collègues, pour leur soutien et leur patience.

Et enfin, merci à Marie Guertin. Pour elle. Et pour moi.

La réalisation de cette thèse a bénéficié du soutien financier du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH), de la Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal, mais surtout, de celui de mon père, M. Laurent Achim.

« ... ce qu'implique tout acte de penser : le courage de se tourner vers l'inconnu.

Les liens n'existent qu'à ce prix.»

C. Athanassiou, *Pensée et identité*.

Introduction

De la recherche consacrée aux troubles des conduites alimentaires (TCA)¹, on retient sa prolifération marquée au cours des trois dernières décennies. La clinique aura bien profité de l'intérêt suscité par cette problématique au sein des milieux scientifiques. Plusieurs dimensions des troubles alimentaires ont été largement explorées grâce à la réalisation de nombreuses études empiriques, cliniques et théoriques, permettant l'acquisition de connaissances de tout ordre -épidémiologique, étiologique, diagnostique, pronostique et thérapeutique (Agman, Corcos, & Jeammet, 1994; Birmingham, & Beumont, 2004; Bruch, 1978; Garfinkel, & Garner, 1982; Levine, & Smolak, 2006; Treasure, Schmidt, & van Furth, 2003)

Malgré la diversité et le nombre considérables de travaux consacrés à l'étude de ces psychopathologies, peu d'entre eux s'attachent à la question de la maternité dans un contexte de TCA, actuels ou passés (Delos-Santos, 2005; Larsson, & Andersson-Ellström, 2003; Little, & Lowkes, 2000; Park, Senior, & Stein, 2003a). L'interrogation des principales bases de données bibliographiques médicales et psychologiques² confirme ce constat. Elle permet également d'affirmer que la rencontre de ces deux thèmes s'avère assez récente. Bien qu'il soit possible de retracer quelques études ayant été réalisées au cours des années 70, près d'un tiers des écrits recensés date plutôt des années 2000. On observe, de plus, que cette rencontre se fait à travers divers champs de spécialisation, notamment la psychiatrie, la psychologie et la gynécologie-obstétrique, mais aussi le nursing et la nutrition.

La recension des écrits consacrés à l'étude conjointe de la maternité et des troubles des conduites alimentaires permet de dégager trois grands axes de recherches, soit 1) la grossesse dans un contexte de TCA, ses particularités et conséquences sur la mère, le bébé et sur le devenir de cet enfant; 2) les implications d'une psychopathologie alimentaire sur la

¹ Nous retenons les définitions de l'anorexie mentale et de la boulimie proposées par le DSM-IV (1996).

² Des recherches informatisées ont été réalisées à partir des bases de données *Medline*, *PsycINFO* et *Current Content* ainsi qu'à partir de la Bibliothèque informatisée de la Société psychanalytique de Paris.

fertilité féminine ainsi que 3) le désir d'enfant, la perspective de la maternité et ses enjeux chez les jeunes femmes souffrant ou ayant souffert d'un trouble alimentaire.

La conception et ses avatars: la mère et le fœtus, le bébé et l'enfant

Des trois axes de recherche, ce premier regroupe le plus grand nombre de travaux. En effet, la majorité des études recensées associant TCA et maternité tentent de mieux cerner les influences mutuelles qu'exercent, l'une sur l'autre, ces deux problématiques. Ces influences se traduisent par des complications d'ordre physiologique et médical, d'une part, et par des implications d'ordre psychologique et relationnel, d'autre part.

Considérations médicales et physiologiques

Les diverses complications et conséquences physiologiques qu'engendrent l'anorexie, la boulimie et les troubles alimentaires mixtes sur la grossesse, la mère et le bébé ont donné lieu à de nombreuses études. Parmi les conséquences les plus citées, mentionnons le risque élevé d'avortements spontanés et d'accouchements par césarienne, l'hypertension artérielle gravidique ainsi que la naissance plus fréquente de bébés prématurés et de petit poids (Abraham, 1998; Brinch, Isager, & Tolstrup, 1988; Bulik, Sullivan, Fear, Pickering, Dawn, & McCullin, 1999; Franko, Blais, Becker, Delinsky, Greenwood, Flores et al., 2001; Grady-Weliky, 2001; James, 2001; Kouba, Hallstrom, Lindholm, & Hirschberg, 2005; Morrill, & Nickols-Richardson, 2001; Stewart, 1992).

Quelques publications, nettement moins nombreuses, font état de grossesses sans particularité chez ces femmes et/ou de naissances de bébés en bonne santé (Fairburn, Stein, & Jones, 1992; Feingold, Kaminer, Lyon, Chaudhury, Costigan, & Cetrulo, 1988; Lemberg, & Phillips, 1989; Mitchell, Seim, Glotter, Soll, & Pyle, 1991; Strimling, 1984; Willis, & Rand, 1988). Certaines de ces études souffrent toutefois de limites

méthodologiques³, tandis que d'autres rapportent des résultats qui, bien que statistiquement non-significatifs, n'en demeurent pas moins préoccupants. Parmi ces résultats, retenons ceux obtenus par Mitchell et ses associés (1991) qui observent deux fois plus de risques d'avortements spontanés chez les femmes enceintes primipares souffrant de TCA que chez les femmes du groupe contrôle. De plus, malgré le fait que l'équipe du Dr. Franko (2001) démontre clairement que les femmes présentant un TCA et leurs fœtus s'avèrent respectivement à risque de complications obstétricales et de malformations congénitales, elle constate que la majorité des 246 femmes participant à son étude ont connu une grossesse sans particularité et ont donné naissance à un bébé en santé.

Une synthèse de l'ensemble de ces résultats contradictoires se trouve peut-être dans la conclusion de Corcos et de ses collaborateurs (1997) qui affirment que « la survenue des complications somatiques observées lors de l'évolution des troubles des conduites alimentaires dépend à la fois de la durée de la maladie, de la gravité symptomatique et de facteurs psychologiques » (Corcos, Girardon, Granet, Cayol, & Jeammet, 1997, p. 425).

Considérations psychologiques et relationnelles

Évolution de la symptomatologie alimentaire et propositions étiologiques. L'impact de la grossesse et de la naissance du bébé sur la santé mentale de la mère, notamment sur l'évolution de sa symptomatologie alimentaire a également suscité beaucoup d'intérêt. La recension de ces travaux permet de constater, à nouveau, l'obtention de résultats contradictoires. Certains chercheurs notent une accalmie des conduites boulimiques et/ou anorexiques au cours de la grossesse (Abraham, 1998; Crow, Keel, Thuras, & Mitchell, 2004). D'autres abondent en ce sens, mais remarquent une résurgence, voire parfois une aggravation des symptômes en fin de grossesse ou au cours de la période postnatale (Blais, Becker, Burwell, Flores, Nussbaum, Greenwood et al., 2000; Fairburn et al., 1992; Hofberg, & Ward, 2003; Lacey, & Smith, 1987; Lai, Tang, & Tse, 2006; Lemberg et al.,

³ Les études de Feingold et al. (1988), Willis et al. (1988) et Strimling (1984) sont des études de cas où le nombre de sujets est respectivement N = 1, N = 4 et N = 1.

1989; Morgan, Lacey, & Sedgwick, 1999a; Namir, Melman, & Yager, 1986; Ramchandani, & Whedon, 1988; Rand, Willis, & Kulda, 1987; Rocco, Orbitello, Perini, Pera, Ciano, & Balestrieri, 2005 ; Willis et al., 1988). Si ce dernier constat semble prédominant, il demeure néanmoins que certains chercheurs observent que les femmes présentant un TCA maintiennent leurs conduites anorexiques et/ou boulimiques pendant la grossesse (Abraham, King, & Llewellyn-Jones, 1994; Brugere, Dallay, Horovitz, Coppin, Riviere, Gonnet et al., 1988) ou, lorsqu'elles arrivent à les restreindre, mettent en place diverses stratégies de contrôle du poids (Hollifield, & Hobdy, 1990). D'autres observent une évolution plus sombre. Non seulement la grossesse donnerait lieu à une rechute des TCA (Kouba et al., 2005), mais elle pourrait aussi engendrer une exacerbation de la psychopathologie alimentaire au cours de la période postnatale (Lewis, & le Grange, 1994). Mentionnons enfin qu'une équipe de chercheurs a récemment conclu que la grossesse et l'arrivée du bébé n'ont aucun impact sur les troubles des conduites alimentaires de la mère (Carter, McIntosh, Joyce, Frampton, & Bulik, 2003). À la lumière de ces travaux, et malgré l'obtention de résultats contradictoires, il semble assez évident que la grossesse et l'arrivée du bébé ont généralement un impact marqué sur l'évolution de la symptomatologie alimentaire et ce, peu importe la nature – positive ou négative- de cette évolution.

Les propositions théoriques de Peolidis (2004) et de Delos-Santos (2005) concernant les particularités de la grossesse des femmes souffrant ou ayant souffert d'un TCA apparaissent fort pertinentes afin de mieux saisir les mécanismes sous-jacents aux divers mouvements symptomatiques observés. Peolidis s'appuie sur les contributions de Racamier (1978), Bergeret-Amselek (1997) et Debray (1996) notant la présence d'enjeux et processus psychiques communs au moment de l'adolescence et de l'accès à la maternité pour soutenir son propos :

« L'idée que les femmes enceintes, anorexiques mentales à l'adolescence, sont susceptibles de présenter un risque élevé de manifester une reviviscence de leur problématique alimentaire est sous-tendue par l'omniprésence de la dimension corporelle dans l'anorexie mentale mais aussi durant l'adolescence et la période autour de la naissance. Ainsi, si une femme présente une relation à son corps qui a été fortement perturbée durant l'adolescence, du fait de son anorexie mentale, on

peut supposer qu'il y a de fortes chances pour qu'elle le soit également lors d'une grossesse à l'âge adulte. » (Peolidis, 2004, p. 26).

L'auteur poursuit en affirmant que « les femmes ayant un passé d'anorexie mentale à l'adolescence sont plus angoissées pendant leur grossesse que celles n'ayant pas cette même trajectoire de vie, en raison des modifications corporelles, moins bien acceptées et vécues plus difficilement » (p. 26) et que cette angoisse que suscite la perte de la maîtrise du corps lors de la grossesse, peut faire ressurgir des défenses et des comportements familiers (c.-à-d. anorexiques). Grâce à la réactivation de ces enjeux, l'accès à la maternité pourrait représenter un moment propice à l'entreprise d'un travail psychothérapique et au dénouement de ce qui n'a pu être résolu par le passé (Combe, 2002; Peolidis, 2004). Quelques recherches empiriques ont permis d'identifier cette crainte de perte du contrôle pondéral chez des femmes enceintes souffrant d'un TCA (Lemberg et al., 1989; Lewis et al., 1994). Non seulement les résultats démontrent qu'il s'agit de l'appréhension la plus largement répandue, mais les patientes elles-mêmes l'associent étroitement aux rechutes observées en période postnatale (Lemberg et al., 1989).

Delos-Santos (2005) propose, pour sa part, que la transition vers la maternité donne lieu à un bouleversement identitaire chez les jeunes femmes ayant souffert de boulimie. L'analyse du matériel clinique recueilli via diverses sources (bilans d'hospitalisation, données d'anamnèse, journaux quotidiens tenus par les patientes, questionnaires et entretiens semi-structurés) permet ce constat. L'accès à la maternité donne lieu à des mouvements évolutifs de la symptomatologie alimentaire (rémissions et rechutes), mais également à l'émergence d'une identité maternelle et à un changement de la perception de l'image corporelle qui devient moins centrale dans la définition de soi. Aux dires de l'auteure, l'introspection que suscite l'accès à la maternité, notamment la prise de conscience des responsabilités maternelles à venir, a permis à quatre des cinq jeunes femmes participant à l'étude, qu'une identité maternelle se construise et qu'elle prenne le pas sur l'identité d'ex-boulimique.

Bien qu'elle soit d'un ordre différent, il importe d'aborder la contribution de quelques études proposant de considérer la grossesse et l'accès à la maternité comme des éléments pouvant précipiter le développement d'une psychopathologie alimentaire. En effet, quelques études permettent de constater l'apparition d'un TCA chez des adolescentes ayant appris qu'elles étaient enceintes (Benton-Hardy, & Lock, 1998; Foster, & Jenkins, 1987) et chez des jeunes femmes adultes, suite à une grossesse (Stein, & Fairburn, 1996a; Tiller, & Treasure, 1998). Aucune psychopathologie alimentaire n'avait été diagnostiquée préalablement chez elles. Bien que, dans chacune de ces études, l'impact d'autres stressors ait été considéré, la grossesse –l'exacerbation des enjeux développementaux qu'elle engendre chez les adolescentes ainsi que la détresse qu'occasionne le maintien de la prise de poids en post-partum chez les jeunes femmes adultes- est apparue comme étant déterminante dans le développement du TCA (Benton-Hardy et al., 1998; Foster et al., 1987; Stein & al., 1996a; Tiller et al., 1998). C'est donc dire que maternité et troubles des conduites alimentaires semblent solliciter des enjeux communs.

Autres enjeux psychologiques. D'autres aspects de l'adaptation psychologique des femmes enceintes et des mères souffrant d'un trouble des conduites alimentaires ont été investigués. Leur plus grande prédisposition à souffrir de dépression postnatale est fréquemment soulignée (Abraham, 1998; Franko, & Spurrell, 2000; Mazzeo, Landt, Jones, Mitchell, Kendler, Neale et al., 2006; Morgan et al., 1999a). Cette détresse serait liée aux préoccupations que manifesterait ces femmes à l'égard de la prise de poids inhérente à la grossesse, ainsi qu'à leurs perceptions concernant leur image corporelle (Abraham, Taylor, & Conti, 2001). Il est également proposé, à partir de l'étude d'un cas, que la prise de poids associée à la grossesse représenterait une telle menace à l'image corporelle qu'elle pourrait donner lieu à des ruptures du fonctionnement psychique, tel des états psychotiques (Kaplan, 1999). À l'inverse, on conclut également que les changements corporels sont plutôt perçus, par ces femmes, comme étant positifs (Larsson et al., 2003) et que l'expérience de la grossesse peut avoir un impact positif sur leur état affectif puisqu'elle représenterait, pour ces femmes, une opportunité de se prendre en main et de faire preuve d'une plus grande maturité en s'acquittant de nouvelles responsabilités (Lemberg et al., 1989). L'obtention de

résultats si opposés suscite des interrogations. Certaines pistes de réponses résident possiblement dans les méthodologies privilégiées (échantillons différents : issus de la population générale et de populations cliniques; temps de mesure différents : unique et multiple), mais aussi dans des nuances cliniques peu évoquées en recherche, notamment l'organisation de la personnalité (plus ou moins fragile) sur laquelle s'inscrit la pathologie alimentaire.

De façon générale, on remarque que l'expérience affective des femmes enceintes souffrant d'un TCA, hormis l'évolution de la symptomatologie alimentaire, a fait l'objet de très peu d'études. En effet, les craintes et les appréhensions habitant ces femmes ainsi que les attitudes qu'elles adoptent à l'égard de la grossesse et de la maternité demeurent très peu explorées. À ce jour, seules trois recherches empiriques en faisant leur principal objet d'étude ont été répertoriées. Outre les craintes concernant la prise de poids, les femmes souffrant de TCA se disent inquiètes d'avoir endommagé leur fœtus en raison de leur nutrition problématique et affirment douter de leur capacité à offrir un maternage adéquat au bébé (Lemberg et al., 1989; Lewis et al., 1994). Elles avouent également craindre que leurs enfants souffrent éventuellement d'un TCA ou d'un problème de poids et que leurs conjoints se désintéressent d'elles (Lemberg et al., 1989). Malgré ces craintes, la grossesse était planifiée chez la majorité d'entre elles qui considéraient que « le temps était venu de fonder une famille ». Selon elles, la naissance d'un enfant permet d'accéder à « un sentiment d'accomplissement personnel plus grand », fournit une opportunité de transcender la psychopathologie alimentaire et marque la nécessaire acquisition d'une plus grande maturité (Lemberg et al., 1989). La grossesse n'engendrerait pas de sentiments dévalorisants tels se sentir grosse ou peu attirante. Bien que l'image corporelle demeure abîmée, peu de femmes enceintes expriment le souhait de reprendre leur diète le plus rapidement possible, peu d'entre elles disent aussi se sentir libres de manger comme elles l'entendent. Seule une minorité des femmes affirment se sentir perturbées et confuses à l'égard du bébé à venir (Lemberg et al., 1989). Néanmoins, elles tendraient à percevoir le monde extérieur comme étant plutôt négatif et critique face à leur nouvelle identité de mère (Patel, Lee, Wheatcroft, Barnes, & Stein, 2005).

Mentionnons enfin la contribution théorique d'El-Mallakh et Tasman (1991), élaborée à partir de l'analyse d'une jeune femme boulimique dont l'histoire est marquée par plusieurs grossesses, toutes volontairement interrompues. Les auteurs proposent de concevoir la grossesse et l'avortement comme un corrélat des accès boulimiques et des vomissements et par conséquent, de l'incorporation et de l'expulsion. Les cycles « grossesse-avortement » permettraient, au même titre que les cycles « boulimie-vomissement », la régulation des affects ainsi que des états internes et procureraient, du moins temporairement, un effet apaisant.

Caractéristiques des mères souffrant d'un TCA. D'autres chercheurs se sont consacrés à l'étude des caractéristiques propres aux mères souffrant de TCA, au devenir de leurs enfants ainsi qu'à la nature des liens qui les unissent. De façon générale, on dépeint le portrait d'une mère malaisée face à l'alimentation de son bébé et éventuellement, de son enfant (Waugh, & Bulik, 1999). Elle serait moins portée à allaiter son bébé (Hodes, Timimi, & Robinson, 1997; Larsson et al., 2003; Waugh et al., 1999) et lorsqu'elle le ferait, elle supporterait avec difficultés la dépendance du bébé à son corps (Patel et al., 2005). La mère présentant un TCA aurait tendance à imposer à son nourrisson un rythme d'alimentation plus rigide (Evans, & le Grange, 1995; Stein, Woolley, Murray, Cooper, Cooper, Noble et al., 2001). Plus tard, elle tendrait à se montrer plus restrictive (Stein et al., 2001), plus intrusive et critique lors des repas qui deviendraient source de conflits (Stein, Woolley, Cooper, & Fairburn, 1994; Waugh et al., 1999)⁴ ou encore, à utiliser l'alimentation comme manifestation d'affection et de réconfort (Elfhag, & Linne, 2005). Enfin, elle ne se distinguerait pas des autres mères quant à la satisfaction qu'elle manifesterait à l'égard de l'image corporelle de son enfant (Evans et al., 1995; Waugh et al., 1999), mais s'en préoccuperait davantage (Russell, Treasure, & Eisler, 1998; Stein, Murray, Cooper, & Fairburn, 1996b). Certains cas de dénutrition, parfois sévère, ont été observés chez des bébés de mères anorexiques (Hodes et al., 1997; Honjo, 1996; Russell et al., 1998; van Wezel-Meijler, & Wit, 1989) qui auraient tendance à les considérer comme

⁴ Une récente étude obtient toutefois des résultats différents quant aux restrictions alimentaires maternelles imposées à l'enfant, ce qui ne seraient pas associées aux TCA maternels (Farrow, & Blissett, 2005).

un prolongement d'elles-mêmes sur lesquels elles projetteraient leurs « préoccupations anormales » (Honjo, 1996; Russell et al, 1998).

Devenir des enfants de mères souffrant d'un TCA et nature des liens les unissant. L'étude du devenir de ces enfants donne lieu à des résultats plus contradictoires. Si certains ne peuvent associer le TCA maternel à la présence de difficultés particulières chez les enfants (Barbin, Williamson, Stewart, Reas, Thaw, & Guarda, 2002; Brinch & al, 1988), d'autres démontrent que ces derniers présentent plus de troubles de l'alimentation (Little et al., 2000; Whelan, & Cooper, 2000) et du développement ainsi qu'une plus grande détresse psychologique (Evans et al., 1995; Hodes et al, 1997). Mentionnons, entre autres, l'hypervigilance quant aux préoccupations maternelles concernant la nourriture (Park, Lee, Woolley, Murray, & Stein, 2003b) ainsi que le développement d'une « anorexie by proxy » (Honjo, 1996) ou d'une anorexie à l'adolescence (Beumont, & Tam, 2001). Hodes et ses collaborateurs (1997) constatent que, lorsqu'on les compare à la moyenne des enfants de leur âge, les filles de mères souffrant de TCA sont de plus petits plus poids que les fils, ce qui amène les auteurs à conclure que les premières demeurent plus à risques que les seconds. Les résultats obtenus par Elfhag et Linne (2005) vont également en ce sens. L'étude de 481 mères et de leurs 481 adolescents (garçons et filles) permet de constater une « connivence » mère-fille dans la pathologie alimentaire (re : utilisation de la nourriture pour moduler des affects douloureux, adoption de restrictions alimentaires similaires, partage des perceptions respectives quant à l'image corporelle), ce qui est absent entre mère et fils.

La recension des écrits réalisée par Park et al. (2003a) et consacrée à ces diverses questions en résumé bien les grands constats. La présence d'une psychopathologie alimentaire chez la mère semble clairement liée au développement physiologique de l'enfant (poids et grandeur) et à son alimentation (sous-alimentation de l'enfant par la mère, développement ultérieur chez l'enfant de difficultés d'auto-régulation de l'ingestion de nourriture), aux préoccupations maternelles quant au poids et à l'image corporelle de l'enfant ainsi qu'aux compétences parentales générales de la mère. Les auteurs nous

invitent cependant à faire preuve de prudence à l'égard d'une généralisation abusive de ces résultats puisque bon nombre d'enfants de mères ayant souffert ou souffrant d'un TCA ne semblent pas affectés par les difficultés maternelles. Ils soulignent la prédominance d'études de cas dans ce domaine de recherche et insistent sur la nécessité de la réalisation d'études plus rigoureuses et réalisées à partir d'échantillons de plus grandes tailles (Park et al., 2003a).

L'inconception ou la conception compromise : la fertilité et ses dilemmes

Ce second axe de recherche rassemble les travaux consacrés à l'étude des implications et séquelles d'un trouble des conduites alimentaires sur la fertilité féminine. Si certains auteurs affirment que la présence d'une psychopathologie alimentaire -actuelle ou passée- n'a pas d'impact sur la capacité de la femme à concevoir ou à mener à terme une grossesse (Bulik et al, 1999; Crow, Thuras, Keel, & Mitchell, 2002; Kohmura, Miyake, Aono, & Tanizawa, 1986; Kreipe, Churchill, & Strauss, 1989), d'autres concluent qu'une telle psychopathologie affecte les fonctions reproductrices féminines (Bates, Bates, & Whitworth, 1982; Brinch et al, 1988; Mitchell-Gielegem, Mittelstaedt, & Bulik, 2002). Bien qu'à prime abord, de telles conclusions semblent incohérentes, on constate qu'il n'en est rien. Malgré que certaines études démontrent que les femmes ayant souffert, par le passé, d'anorexie mentale, ont été en mesure de concevoir et donner naissance à un enfant lorsqu'elles le souhaitent (Crow et al, 2002; Kreipe et al, 1989), le taux de fertilité des femmes présentant ce type de psychopathologie est néanmoins estimé à environ le tiers de celui attendu au sein de la population générale (Brinch et al, 1988). C'est donc dire que ces femmes, pour plusieurs d'entre elles, sont en mesure de concevoir, malgré une fertilité « abîmée » ou « compromise ».

Ainsi, ces différents constats portent à croire que le faible taux de conception spontanée observé chez les femmes présentant une psychopathologie alimentaire -actuelle ou passée- peuvent rendre compte du fait qu'elles ont tendance à consulter davantage en cliniques de fertilité. À partir d'une recension des écrits consacrés aux grossesses et

infertilités dans un contexte de troubles des conduites alimentaires, Corcos et ses collaborateurs (1997) affirment, en effet, qu'un pourcentage non-négligeable des patientes présentant un tableau d'anorexie mentale consulte pour un problème d'infertilité. Il en est de même pour les femmes activement boulimiques qui s'avèrent plus nombreuses que les autres femmes à faire des demandes en cliniques de fertilité (Abraham, 1998). Plus spécifiquement, près de 8% des femmes consultant pour infertilité rencontrent les critères diagnostiques d'anorexie et/ou de boulimie⁵ (Stewart, Robinson, Goldbloom, & Wright, 1990). Les résultats obtenus par Vigan (1997) vont également en ce sens et démontrent une prévalence de troubles anorexiques -actuels ou passés- de près de 35% chez des femmes présentant une infertilité totalement ou partiellement inexpliquée.

Face à de tels résultats, on s'étonne du peu d'intérêt que suscite l'histoire des conduites alimentaires des femmes au sein des équipes oeuvrant en gynécologie-obstétrique et en cliniques de fertilité. Très peu d'informations sont recueillies à ce propos lors de la réalisation de l'anamnèse médicale des patientes et nombreux sont les auteurs qui soulignent à grands traits la nécessité de s'y pencher davantage afin d'éviter que la présence d'un TCA –actuel ou passé- soit occultée et d'être en mesure d'offrir à ces femmes un suivi médical approprié (Abraham, 2001; Abraham et al., 1994; Baker, Carter, Cohen, & Brownell, 1999; Beumont et al., 2001; Bulik et al., 1999; Corcos et al., 1997; Franko et al., 2000; Grady-Weliky, 2001; James, 2001; Kaplan, 1999; Kye, Mason, & Bolton, 2000; Mitchell-Gielegghem et al., 2002; Morrill et al., 2001; Norre, Vandereycken, & Gordts, 2001; Senior, Barnes, Emberson, & Golding, 2005; Seiden, 2005; Stewart, 1992; Wolfe, 2005). Un récent sondage réalisé auprès de 75 gynécologues-obstétriciens démontre que, malgré le fait que la majorité d'entre eux reconnaît la pertinence du dépistage des TCA chez les femmes enceintes, seule une minorité se considère suffisamment compétente pour le faire (Seiden, 2005). À cette situation s'ajoute la tendance des femmes souffrant d'une psychopathologie alimentaire à éviter d'aborder ce sujet parfois source de honte et d'appréhensions (Lemberg et al., 1989; Kye et al., 2000), particulièrement dans un contexte

⁵ Selon les mêmes auteurs, ce taux serait d'environ 17% si l'on incluait les TCA non-spécifiés (Stewart et al, 1990)

de demande de traitement en fertilité. Plusieurs d'entre elles craindraient que l'on refuse de les traiter en raison du TCA (Franko et al., 2000; Mitchell-Gielegem et al, 2002; Norre et al, 2001; Wolfe, 2005).

Ces craintes s'avèrent fondées puisqu'il est vrai que les conséquences des troubles des conduites alimentaires sur la mère, sur sa grossesse et la santé du bébé à venir confrontent les cliniciens à un sérieux dilemme éthique. Ceux qui s'y sont penchés concluent, de façon consensuelle, qu'il vaut mieux favoriser une rémission complète de la psychopathologie alimentaire avant de procéder aux traitements en fertilité (Abraham, Mira, & Llewellyn-Jones, 1990; Beumont et al., 2001; Kaplan, 1999; Kye et al., 2000; Norre et al., 2001; Stewart, 1992; van Wezel-Meijler et al., 1989).

Si l'on tend davantage à se préoccuper de la nécessité d'un rétablissement physiologique complet avant de traiter l'infertilité, on mentionne aussi l'importance de la prise en compte des enjeux inconscients qui y sont associés ainsi que de la fonction de l'incapacité à concevoir au sein de l'économie psychique de la femme souffrant d'un TCA (Bydlowski, 2003; Corcos et al, 1997). Le travail psychothérapeutique réalisé auprès de ces femmes a permis de proposer l'existence, chez elles, de représentations inconscientes du corps caractérisées par une malléabilité (et donc, par la possibilité d'exercer sur le corps un contrôle absolu), ainsi que par une identité sexuelle indéterminée (Bydlowski, 2003). L'auteure souligne la fermeture de ces femmes à considérer une hypothèse causale d'ordre « non-médicale »; envisager l'interférence de facteurs psychiques dans l'inconception risquerait d'ébranler leurs stratégies défensives les protégeant de l'accès à la maternité (Bydlowski, 2003). Forcer la grossesse au moyen de techniques médicales sophistiquées pourrait donner lieu à des décompensations psychiques (Corcos et al, 1997).

« L'avant-conception » : le désir d'enfant et la perspective de la maternité

À ce jour, nous n'avons répertorié que très peu d'études de tous ordres —empiriques, études de cas, élaboration théoriques— s'intéressant à l'univers fantasmatique, aux désirs,

appréhensions, fantaisies et affects que suscite la perspective de la maternité chez les jeunes femmes souffrant de troubles alimentaires. Ces questions sont parfois abordées, mais dans un contexte de grossesses avérées ou d'infertilité, et non dans le cadre de l'éventualité d'un tel projet.

Corcos (2000) semble avoir apporté la plus grande contribution à cet égard. Il s'intéresse d'abord au sens que pourrait prendre l'aménorrhée au sein de la dynamique psychique de la femme souffrant d'un TCA et propose de concevoir ce symptôme en fonction des enjeux propres à la maternité.

« Ainsi, bien plus que la question de la féminité, c'est la question de la maternité, c'est-à-dire de la rivalité avec la mère qui est posée par le symptôme aménorrhée. L'aménorrhée semble ainsi signifier le maintien du statut d'enfant, comme évitement du devenir femme, en même temps que l'ambivalence face au devenir mère puisqu'être en aménorrhée c'est aussi le statut de femme enceinte. L'aménorrhée semble ainsi signifier à la fois une grossesse perpétuelle et une façon de souhaiter tout le temps un non-advenu. Elle stigmatise le désir de rester dans ces fantasmes infantiles en évitant l'accès à la génitalité » (Corcos, 2000, p. 239).

Afin de soutenir son propos, l'auteur s'appuie sur son travail clinique, évoquant la prédominance de fantasmes de grossesse « en négatif » ou « en creux » chez les patientes présentant un TCA. Selon Corcos, les fantasmes d'enfant mort-né ou de grossesse invisible fréquemment rapportés par ces femmes pourraient traduire, de façon symbolique, l'ambivalence ressentie face à la maternité. Tant son advenue que son échec sous-tendent ces fantasmes, ces grossesses demeurant stériles. L'auteur nous apprend que cette équation « aménorrhée-grossesse » aurait été envisagée préalablement par Moulton (1942) et par Kestemberg et Kestemberg (1972)⁶. Les fantasmes de stérilité, également fréquents chez les femmes anorexiques, auraient une fonction assez similaire à celle des fantasmes de grossesse. En plus de protéger les patientes d'éventuels fantasmes ou fantaisies de grossesse (devenus impossibles ou injustifiables en raison de la « stérilité »), ces fantasmes

⁶ Corcos mentionne que pour Moulton (1942), l'aménorrhée serait une réponse somatique à des fantasmes de grossesse alors que pour Kestemberg et Kestemberg (1972), toute anorexie serait marquée par un « délire psychosomatique » lui-même caractérisé par des fantasmes de grossesse.

de stérilité permettraient aux jeunes femmes de protéger leur mère en évitant de se positionner comme rivale aspirant, elles aussi, à devenir mère (Corcos, 2000).

À l'instar des jeunes femmes anorexiques, celles souffrant de boulimie rapporteraient fréquemment des fantasmes, mais aussi des rêves de grossesses et d'avortements, marqués par des enjeux incestueux (Corcos et al, 1997; Corcos, 2000). Malgré leur apparence plutôt œdipienne, Corcos soutient que ces rêves et fantasmes ne traduiraient pas un conflit de cet ordre, mais plutôt un conflit d'ordre narcissique mettant en cause l'homosexualité primaire et le rapport d'emprise existant entre mère et fille⁷. Il illustre son propos au moyen de celui de Lachcar (1991).

« Nous pouvons évoquer de plus, avec Lachcar, en s'appuyant sur la problématique fantasmatique en jeu dans la boulimie, le sentiment clinique que « la grossesse ne s'inscrit pas dans la rencontre avec un homme, restant de ce fait une fuite de la sexualité, mais qu'elle répond plus souvent à un fantasme d'avoir un enfant de la mère, dans une tentative de réparation de l'objet maternel soumis à des fantasmes agressifs, grâce à un retour régressif à la mère idéalisée, ou, en amont, qu'il s'agit plus d'un désir de grossesse que d'un désir d'enfant et qu'elle permet à la patiente de répondre à ses doutes quant à sa féminité et à sa fécondité. » (Corcos, 2000, p. 240).

Outre la contribution de Corcos, mentionnons le travail de Rutherford et Russell (1990) qui ont décrit le parcours fort particulier d'une jeune femme souffrant d'un trouble des conduites alimentaires ainsi que son rapport aux bébés. À travers le récit de ses nombreuses visites en pouponnières, laissant craindre au personnel soignant ainsi qu'à son conjoint qu'elle ne vole un bébé, les auteurs abordent la question du désir d'enfant chez cette jeune femme, un désir fort ambivalent et indicible, ne pouvant s'exprimer que par la contemplation des bébés d'autrui. Si la question de la rivalité, voire celle de la grossesse en négatif semblent sous-jacentes, les auteurs n'en discutent pas.

⁷ Cette prédominance du conflit narcissique sur les enjeux oedipiens s'inscrit dans la lignée des théories étiologiques récentes des TCA qui sont considérés comme des conduites addictives, se situant dans un registre narcissique ou limite (Corcos, 2000).

Les trois axes, en conclusion

Au terme de la recension des écrits consacrée à l'étude conjointe de la maternité et des troubles des conduites alimentaires, trois principaux constats s'imposent : 1) l'omniprésence de la question de la transmission; 2) la prédominance des considérations médicales sur les considérations psychologiques et enfin, 3) la méconnaissance de l'univers fantasmatique dans lequel s'inscrivent le désir d'enfant, la perspective de la maternité et ses enjeux. Un tableau synthèse répertoriant les divers travaux cités dans les trois axes de recherche est présenté à la suite de l'introduction.

La transmission

La conception dans un contexte de psychopathologie alimentaire, actuelle ou passée, comporte incontestablement son lot de particularités et de complications – physiologiques, psychologiques et relationnelles-, tant pour la mère que pour le bébé à venir et l'enfant qu'il deviendra. Mères et enfants représentent donc une population à risques, sur tous ces plans. Au-delà de l'évidence de ce propos, il semble que ce soit la question de la transmission qui se dégage avec force des écrits constituant le premier axe de recherche. Il nous apparaît, en effet, que cette question traverse l'ensemble des travaux cités comme un fil conducteur, se trouvant généralement en filigrane, peu mentionnée ou discutée. L'enfant devient porteur d'un legs biologique parfois abîmé, mais aussi et surtout porteur d'un legs affectif et relationnel marqué par le contrôle et la rigidité, par une perception distordue d'une image corporelle endommagée ainsi que par la méconnaissance des besoins physiques et psychologiques. Toutes ces transmissions, tant biologiques, qu'affectives et relationnelles pourraient teinter ses liens à la nourriture, à lui-même ainsi qu'à autrui.

La question de la transmission nous semble également sous-jacente dans les travaux consacrés à l'(in)fertilité des femmes présentant une psychopathologie alimentaire. Au plan biologique, la transmission de la vie bloque. Elle s'avère possible, mais incertaine, moins

fréquente. Ce constat semble faire écho aux apports théoriques des quelques écrits abordant l'éventualité de la maternité et les fantasmes qu'elle suscite chez les jeunes femmes souffrant d'un TCA. Il ressort de ces travaux que l'idée même de transmettre la vie bloque, jusqu'en fantasmes. Un blocage qui se traduit tant par le symptôme aménorrhée que par des fantasmes de stérilité, de grossesses en creux ou en négatif.

Ainsi, c'est dans tous ses aspects –biologique, affectif, relationnel, fantasmatique– que la transmission semble à risque d'être abîmée, bloquée ou parfois impossible. Au moment d'envisager un projet de maternité, dans la tentative de mise en œuvre de ce projet ou dans sa concrétisation, c'est dans toutes ses « temporalités » que la transmission s'avère à risque d'achopper.

Prédominance des considérations médicales sur les considérations psychologiques

Il est frappant de constater combien les divers aspects médicaux associés à la maternité ou à la fertilité des femmes présentant un TCA ont suscité l'intérêt des cliniciens et chercheurs alors que l'expérience affective de ces femmes demeure très peu documentée. Certes, différents chercheurs se sont penchés sur l'évolution psychologique de ces femmes lors de la grossesse et en période postnatale, mais peu d'entre eux ont fait de l'expérience affective de la maternité ou de l'infertilité de ces femmes, leur principal objet de recherche. Il en est de même pour les questionnements d'ordre éthique que soulèvent les demandes de traitements en fertilité exprimées par certaines femmes souffrant activement d'un trouble alimentaire. Les réflexions qu'engendrent de tels questionnements s'étaient principalement sur les implications médicales de la psychopathologie sur une éventuelle grossesse, négligeant la prise en compte des nombreuses dimensions psychologiques sollicitées et mises à l'épreuve par l'accès à la maternité.

Méconnaissance de l'univers fantasmatique du désir d'enfant et de la perspective de la maternité

La méconnaissance des particularités des fantasmes qu'entretiennent les jeunes femmes anorexiques et/ou boulimiques à l'égard du désir d'enfant, de l'éventualité de la maternité et de ses enjeux s'avère étonnante. En effet, les nombreuses dimensions communes que partagent TCA et maternité -position carrefour entre corps et psyché, entre féminité et maternité; coïncidence temporelle de l'apparition des TCA et de l'atteinte de la maturation des fonctions reproductrices- auraient pu laisser croire le contraire. Néanmoins, la recension des écrits donne à penser que l'on tend à s'intéresser davantage à ces questions depuis peu.

Objectifs de recherche

Les principaux constats exposés démontrent la pertinence de s'intéresser aux divers aspects de « l'avant-conception », via une perspective psychologique, chez les jeunes femmes présentant une psychopathologie alimentaire. C'est précisément ce que nous nous proposons de faire. Notre thèse s'attache donc à l'exploration de l'univers fantasmatique que sollicitent les questions du désir d'enfant et de la perspective de la maternité chez des jeunes femmes souffrant actuellement d'un trouble alimentaire.

Pour ce faire, nous tenterons de saisir la nature des fantaisies, des craintes, des souhaits ou encore des réticences que pourrait évoquer chez elles l'éventualité de la maternité. Nous aborderons notamment ce que pourrait signifier pour elles le fait de devenir mère, les craintes qu'une telle éventualité pourrait occasionner chez elles, la manière dont elles imaginent l'enfant qu'elles pourraient désirer ainsi que le contexte dans lequel elles souhaiteraient sa naissance, la mère qu'elles seraient –semblables ou différentes de la leur-.

Cette thèse s'inscrit dans le cadre d'une vaste étude multidisciplinaire française s'intéressant aux diverses dimensions physiologiques et psychologiques communes aux

TCA et aux stérilités médicalement inexplicables (Chaouat, Corcos, Granet, Guilbaud, Chambry et al., 2000). Cette recherche, principalement réalisée à Paris, rallie les expertises de plusieurs centres hospitaliers et équipes spécialisées (gynécologie, psychiatrie, médecine de la procréation, immunologie), comme en témoigne le titre : *Troubles de la conduite alimentaire et stérilité inexplicable : Le réseau psycho-neuro-endocrino-immunologique*. Notre thèse comporte trois articles ainsi qu'une méthode de recherche présentée à la suite de cette introduction. Nous sommes d'avis que certaines particularités en justifiaient l'ajout (c.-à-d. utilisation d'un instrument de mesure relativement complexe, traduction et validation de la version française d'un questionnaire, élaboration d'une grille d'entretien semi-structuré et déroulement en deux temps de l'expérimentation).

Le premier article, intitulé « *Troubles des conduites alimentaires et perspective de maternité: Représentations mentales du bébé imaginaire et des diverses figures de filiation* » explore l'éventualité de la maternité chez des jeunes femmes souffrant d'un TCA via une méthode quantitative, à travers le concept de représentation mentale. Nous nous intéressons aux représentations mentales que se sont construites les jeunes femmes d'elles-mêmes, du bébé qu'elle pourrait avoir et de différentes personnes significatives (ou figures imaginaires). Nous tentons ainsi de cerner la façon dont le bébé à venir pourrait s'inscrire dans l'univers représentationnel de ces jeunes femmes et la manière dont la représentation du bébé pourrait être teintée des caractéristiques propres aux autres représentations mentales qui habitent ces jeunes femmes. Étant donné les théories étiologiques faisant du lien mère-fille la pierre angulaire des psychopathologies alimentaires ainsi que les travaux empiriques démontrant les conséquences d'un TCA maternel chez les enfants, nous portons une attention particulière à la lignée maternelle –réelle et imaginaire- (mère idéale, mère, fille et bébé).

Le second article, intitulé « *Perspective de la maternité et troubles des conduites alimentaires : Une exploration de l'univers de l'avant-conception* », s'intéresse également à l'éventualité de la maternité, mais par le biais d'une méthode qualitative. Nous y présentons le fruit de l'analyse du matériel clinique recueilli lors de la réalisation

d'entretiens semi-structurés, des entretiens interrogeant divers thèmes associés à la perspective de la maternité et à l'univers fantasmatique qu'il suscite chez les jeunes femmes.

Et finalement, un troisième article intitulé « *L'Inventaire des relations mère-fille : Validation de la traduction française du Mother-Daughter Relationship Inventory de Inazu et Fox* » présente la validation de la traduction en français du *Mother-Daughter Relationship Inventory*, un instrument de mesure élaboré par J.K. Inazu et G. Fox (1982) que nous avons traduit en français pour les fins de notre recherche. Il s'agit d'un article complémentaire, ajouté à la thèse en raison de l'utilisation de l'instrument lors de l'expérimentation et de la rigueur additionnelle que confère à notre recherche l'usage d'une traduction validée, démontrant des propriétés psychométriques fort satisfaisantes. Cet article a été soumis à la revue *l'Encéphale* en novembre 2005 (l'accusé de réception ainsi que la réponse à cette lettre sont présentés à l'Appendice A).

Tableau récapitulatif des 81 travaux recensés et cités dans les trois axes de recherche

AUTEURS	N	OBJET DE RECHERCHE	DEVIS DE RECHERCHE	GR.T	FW-UP	PRINCIPALES CONCLUSIONS (RÉSULTATS ET IMPLICATIONS)
Bates, Bates, & Whitworth (1982)	GR1 : 29 femmes (Q) avec stérilité inexpliquée et pratiques de contrôle du poids (PCP) GR2 : 18 Q avec dysfonction menstruelle et PCP	Impact de l'atteinte du poids-santé sur la fertilité et le cycle menstruel	Étude comparative longitudinale; pré- et post-traitement	Oui (O)	O	<ul style="list-style-type: none"> PCP pourraient causer la stérilité inexpliquée et des troubles menstruels
Strimling (1984)	Une Q anorexique chronique et son bébé	Grossesse dans un contexte d'anorexie	Étude de cas	N	N	<ul style="list-style-type: none"> Malgré un déroulement difficile de la grossesse, naissance d'un enfant tout à fait normal à 14 mois
Kohmura, Miyake, Aono, & Tanizawa (1986)	21 Q anorexiques	Évolution du système reproducteur suite à une anorexie	Étude longitudinale; évolution naturelle du syndrome	N	O 10 ans (A)	<ul style="list-style-type: none"> Le retour des menstruations après l'anorexie ne dépend pas que de la reprise de poids La majorité des Q souhaitant avoir des enfants sont en mesure de le faire après un traitement approprié
Namir, Melman, & Yager (1986)	6 Q anorexiques restrictives enceintes	Impact d'une grossesse chez des Q avec anorexie restrictive	Étude longitudinale; évolution naturelle du syndrome	N	O 3-4 mois (M)	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration symptomatique pendant la grossesse, mais détérioration en post-partum (PP) et retour des symptômes
Foster, & Jenkins (1987)	Une adolescente enceinte	Premières relations sexuelles, grossesse et anorexie	Étude de cas	N	N	<ul style="list-style-type: none"> Prédominance du rôle de la grossesse, conséquente aux 1^{ères} relations sexuelles, dans le développement de l'anorexie d'une adolescente

Tableau récapitulatif des 81 travaux recensés et cités dans les trois axes de recherche (suite)

AUTEURS	N	OBJET DE RECHERCHE	DEVIS DE RECHERCHE	GR-T	FW-UP	PRINCIPALES CONCLUSIONS (RÉSULTATS ET IMPLICATIONS)
Lacey, & Smith (1987)	20 ♀ boulimiques (non-traitées et de poids normal) enceintes et leurs bébés	Impact d'une grossesse sur les conduites boulimiques	Étude longitudinale; évolution naturelle du syndrome	N	O	<ul style="list-style-type: none"> • ↓ des accès boulimiques et vomissements induits lors de chaque trimestre • Absence de conduite boulimique chez 75% des ♀ lors du 3^{ème} trimestre • Retour et aggravation des symptômes en PP pour la majorité, mais rémission complète chez 5 d'entre elles • Présence de complications obstétricales et de malformations congénitales chez les bébés • Développement ultérieur normal des bébés
Rand, Willis, & Kuldau (1987)	2 ♀ anorexiques enceintes	Grossesse et anorexie	Étude de cas	N	N	<ul style="list-style-type: none"> • Craintes de devenir obèse lors du 1^{er} trimestre et du 2^{ème} mois PP • ↓ des symptômes pendant la grossesse • Retour des symptômes 6 semaines PP
Brinch, Isager, & Tolstrup (1988)	140 ♀ et 11 hommes (♂) avec antécédents d'anorexie et leurs enfants	Histoire reproductive	Étude longitudinale; évolution naturelle du syndrome	N	O (12,5A)	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun ♂ a eu des enfants • 50 ♀ ont eu des enfants (86 au total) • Les mères vont mieux que les non-mères • Selon les normes attendues: <ul style="list-style-type: none"> • 1/3 taux de conception • 2X plus de bébés prématurés • 6X plus morts fœtales • Santé mentale des mères stable en pré- et post-partum • Allaitement normal • Développement normal de l'enfant
Brugere, Dallay, Horovitz, Coppin, Riviere, Gonnet, & Dubecq (1988)	Une ♀ avec anorexie sévère enceinte et son bébé	Histoire obstétricale et néonatale dans un contexte d'anorexie	Étude de cas	N	N	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de poids de la mère pendant la grossesse • Naissance prématurée d'un bébé de petit poids

Tableau récapitulatif des 81 travaux recensés et cités dans les trois axes de recherche (suite)

AUTEURS	N	OBJET DE RECHERCHE	DEVIS DE RECHERCHE	GR.T	FW-UP	PRINCIPALES CONCLUSIONS (RÉSULTATS ET IMPLICATIONS)
Feingold, Kaminer, Lyon, Chaudhury, Costigan, & Cetrulo (1988)	Une ♀ enceinte avec antécédents de boulimie sévère et son bébé	Impact d'une boulimie sévère sur la grossesse	Étude de cas	N	N	<ul style="list-style-type: none"> • Naissance à terme d'un bébé normal grâce à une prise en charge multidisciplinaire
Ramchandani, & Whedon (1988)	2 ♀ boulimiques (de poids normal) enceintes	Impact d'une grossesse sur la boulimie	Étude de cas	N	N	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'accès boulimiques et de comportements purgatifs pendant la grossesse • Importante prise de poids pendant la grossesse • Retour des conduites boulimiques en PP
Willis, & Rand (1988)	4 ♀ boulimiques primipares	Impact d'une boulimie sur la grossesse	Étude de cas	N	N	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de complications obstétricales ou néonatales associées à la boulimie maternelle • ↓ conduites boulimiques pendant la grossesse, mais retour à l'intensité pré-grossesse en PP chez 3/4
Kreipe, Churchill, & Strauss (1989)	49 adolescentes anorexiques hospitalisées	Évolution à long terme d'adolescentes anorexiques	Étude longitudinale; évolution naturelle du syndrome	N	O (5-8A)	<ul style="list-style-type: none"> • Évolution satisfaisante chez 86% des patientes • Toutes les ♀ ayant souhaité avoir un bébé ont été en mesure de concevoir
Lemberg, & Phillips (1989)	43 ♀ avec TCA actif 6 mois avant une première grossesse et leurs bébés	Impact d'une grossesse sur TCA et attitudes à l'égard de la grossesse dans un contexte de TCA	Étude longitudinale; évolution naturelle du syndrome	N	O (1A PP)	<ul style="list-style-type: none"> • Impact positif marqué, mais temporaire, de la grossesse sur les symptômes TCA chez la majorité des ♀ • Bébé de poids normal, absence de complications obstétricales ou de malformations congénitales • Identification des principales craintes, attitudes et sentiments suscitées par la grossesse et maternité

Tableau récapitulatif des 81 travaux recensés et cités dans les trois axes de recherche (suite)

AUTEURS	N	OBJET DE RECHERCHE	DEVIS DE RECHERCHE	GR.T	FW-UP	PRINCIPALES CONCLUSIONS (RÉSULTATS ET IMPLICATIONS)
van Wezel-Meijler, & Wit (1989)	3 mères et leurs 7 enfants avec ratio poids/grandeur très bas	Risque de dénutrition chez les enfants de mère avec antécédents d'anorexie	Étude de cas	N	N	<ul style="list-style-type: none"> • Enfants insuffisamment nourris • Antécédents d'anorexie chez les 3 mères • Interrogation éthique quant aux implications des traitements en fertilité des ♀ anorexiques (et de leurs enfants à venir)
Abraham, Mira, & Llewellyn-Jones (1990)	14 ♀ avec traitement de fertilité et antécédents TCA et leurs bébés	Habitudes alimentaires (et d'entraînement physique) et traitement en fertilité	Étude descriptive	N	N	<ul style="list-style-type: none"> • 3 avortements spontanés • 4 bébés de petit poids sur 12 grossesses à terme • Nécessité de s'intéresser à l'histoire alimentaire des ♀ en demande de fertilité et de traiter TCA avant d'entreprendre traitement en fertilité
Hollifield, & Hobdy (1990)	3 ♀ enceintes et en traitement de TCA	Impact d'un traitement psychologique du TCA dans un contexte de grossesse	Étude de cas	N	N	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de ↓ des accès boulimiques et/ou conduites purgatives • Lorsque ↓, remplacement de ces conduites par des mesures de contrôle du poids • Nécessité du dépistage et de la prise en charge des ♀ enceintes boulimiques
Rutherford, & Russell (1990)	1 ♀ anorexique	Anorexie et désir d'enfant	Étude de cas	N	N	<ul style="list-style-type: none"> • Ambivalence du désir d'enfant ne pouvant s'exprimer que par la contemplation des bébés d'autrui
Stewart, Robinson, Goldbloom, & Wright (1990)	66 ♀ en demande de fertilité	TCA et infertilité	Étude descriptive	N	N	<ul style="list-style-type: none"> • 17% TCA parmi les ♀ venues consulter en fertilité • Nombre élevé de ♀ en demande de fertilité présentent un TCA non-diagnostiqué
El-Mallakh, & Tasman (1991)	1 ♀ boulimique avec grossesses et avortements à répétition	Cycles grossesses/avortements comme corrélat de cycles boulimie/vomissements	Élaboration théorique à partir d'une étude de cas	N	N	<ul style="list-style-type: none"> • Fonction régulatrice/apaisante des cycles boulimies/vomissements et grossesses/avortements sur les affects • Utilisation du corps comme objet transitionnel • Implications sur psychothérapie

Tableau récapitulatif des 81 travaux recensés et cités dans les trois axes de recherche (suite)

AUTEURS	N	OBJET DE RECHERCHE	DEVIS DE RECHERCHE	GR-T	FW-UP	PRINCIPALES CONCLUSIONS (RÉSULTATS ET IMPLICATIONS)
Mitchell, Seim, Glotter, Soll, & Pyle (1991)	GR1 : 20 mères boulimiques actives GR2 : 31 mères contrôles	Déroulement de la grossesse dans un contexte de boulimie	Étude comparative transversale	O	N	<ul style="list-style-type: none"> Aucune différence significative inter-groupes p/r complications obstétricales Mais, 2X plus de risques d'avortement spontané chez GR1 lors de 1^{ère} grossesse
Fairburn, Stein, & Jones (1992)	100 ♀ enceintes primipares	Changements des habitudes alimentaires (normales et pathologiques) lors d'une grossesse	Étude longitudinale; évolution naturelle du syndrome	N	O	<ul style="list-style-type: none"> « Cravings » et aversions alimentaires surtout présents en début de grossesse <ul style="list-style-type: none"> Ne résultent pas en conduites alimentaires pathologiques ↓ des conduites alimentaires pathologiques en début de grossesse et ↑ par la suite Pas de relation entre la présence de conduites alimentaires pathologiques antérieures à la grossesse et son déroulement
Stewart (1992)	42 références	Impact d'un TCA sur la sexualité et les fonctions reproductrices féminines	Recension des écrits	N	N	<ul style="list-style-type: none"> Présentation des principales complications sexuelles, gynécologiques, obstétricales et néonatales associées aux TCA Recommandations : <ul style="list-style-type: none"> Dépistage des TCA lors de l'identification d'un des symptômes répertoriés Report d'une grossesse lorsque TCA Suivi multidisciplinaire des ♀ enceintes avec TCA et ensuite, de leurs enfants
Abraham, King, & Llewellyn-Jones (1994)	100 ♀ primipares au 3 ^{ème} jour PP	Habitudes alimentaires et attitudes à l'égard du poids	Étude descriptive	N	N	<ul style="list-style-type: none"> Problèmes de contrôle de poids chez 41 sujets Difficultés alimentaires intensifiées lors de la grossesse chez 20 sujets Plus de complications médicales chez sujets avec difficultés alimentaires Nécessité d'investigation des habitudes alimentaires en obstétrique

Tableau récapitulatif des 81 travaux recensés et cités dans les trois axes de recherche (suite)

AUTEURS	N	OBJET DE RECHERCHE	DEVIS DE RECHERCHE	GR.T	FW-UP	PRINCIPALES CONCLUSIONS (RÉSULTATS ET IMPLICATIONS)
Lewis, & le Grange (1994)	6 ♀ boulimiques enceintes	Expérience et impact de la grossesse dans un contexte de boulimie	Étude de cas	N	N	<ul style="list-style-type: none"> • Identifications des peurs suscitées par la maternité : perte de contrôle p/r poids et alimentation, abîmer le fœtus, incapacité à prendre soin du bébé • Pas de ↓ des conduites boulimiques • Aggravation des conduites boulimiques en PP et détérioration p/r sévérité initiale en prépartum • Maternité n'est pas l'occasion d'une guérison de la boulimie
Stein, Woolley, Cooper, & Fairburn (1994)	GR1 : 34 mères primipares avec TCA pdt 1 ^{ère} A PP et leurs bébés GR2 : 61 mères primipares sans TCA pdt 1 ^{ère} A PP et leurs bébés	Nature des relations mères-bébés dans un contexte de TCA maternel	Étude comparative transversale	O	N	<ul style="list-style-type: none"> • Mères TCA plus intrusives lors des repas et des jeux des bébés que mères non-TCA • Expression de + affects négatifs pdt les repas chez les mères du GR1 (mais pas pdt les jeux) • Repas plus conflictuels entre mères et bébés du GR1 • Bébés du GR1 de plus petit poids que ceux du GR2
Evans, & le Grange (1995)	GR1 : 10 mères avec TCA (actif ou passé) et leurs enfants GR2 : 10 mères témoins et leurs enfants	Impact d'un TCA sur les compétences parentales et le développement des enfants	Étude comparative transversale	O	N	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de différence entre les 2 GR quant à perception et satisfaction p/r à image corporelle • Mères TCA plus rigides que mères témoins p/r alimentation des enfants • 50% des enfants de mères TCA sont décrits comme souffrant de difficultés affectives
Honjo (1996)	Une mère anorexique et son bébé	Anorexie « by proxy »	Étude de cas	N	N	<ul style="list-style-type: none"> • Description de l'anorexie « by proxy » : Restrictions alimentaires imposées par la mère à son bébé en raison de la projection sur son bébé de ses propres craintes de trop manger

Tableau récapitulatif des 81 travaux recensés et cités dans les trois axes de recherche (suite)

AUTEURS	N	OBJET DE RECHERCHE	DEVIS DE RECHERCHE	GR.T	FW-UP	PRINCIPALES CONCLUSIONS (RÉSULTATS ET IMPLICATIONS)
Stein, & Fairburn (1996a)	97 ♀ primipares	Changements des attitudes et habitudes alimentaires en PP	Étude longitudinale; évolution naturelle du syndrome	N	O (6M)	<ul style="list-style-type: none"> • ↑ marquée des symptômes TCA à 3 mois PP • Stabilisation des symptômes TCA à 6 mois PP • Détresse importante liée à la prise de poids résiduelle, ce qui peut déclencher TCA • ↑ des TCA pendant les 6 mois PP
Stein, Murray, Cooper, & Fairburn (1996b)	GR1 : 34 mères TCA et leurs bébés GR2 : 39 mères DPP et leurs bébés GR3 : 61 mères témoins et leurs bébés	Développement des nourrissons de mères TCA	Étude comparative transversale	O	N	<ul style="list-style-type: none"> • Les bébés du GR1 sont de + petits poids et taille que ceux des GR2 et GR3 • Mères TCA sont + sensibles à l'image corporelle de leurs bébés et + précises dans leur évaluation des dimensions de leurs bébés
Corcos, Girardon, Granet, Cayol, & Jeammet (1997)	56 références	TCA, grossesse et infertilité	Recension des écrits	N	N	<ul style="list-style-type: none"> • Implication de facteurs psy dans l'infertilité des femmes TCA • Nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire des ♀ TCA en demande de fertilité
Hodes, Timimi, & Robinson (1997)	13 mères TCA et leurs 26 enfants	Proportion des troubles psychiatriques et développementaux chez les enfants de mères TCA	Étude descriptive	N	N	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mères</i> : Chronicité des TCA, haut taux de difficultés conjugales et de séparation, sous-estimation des besoins nutritionnels des enfants, allaitement peu fréquent • <i>Enfants</i> : Troubles psychiatriques chez 50%; poids et grandeur anormales chez 32%; poids plus bas chez les filles
Vigan (1997)	GR1 : 17 ♀ avec stérilité inexplicée GR2 : 17 ♀ témoins	TCA et stérilité	Étude comparative transversale	O	N	<ul style="list-style-type: none"> • 35% d'antécédents TCA –actuels ou passés- chez les ♀ avec stérilité inexplicée • Aucun antécédent TCA chez les ♀ témoins

Tableau récapitulatif des 81 travaux recensés et cités dans les trois axes de recherche (suite)

AUTEURS	N	OBJET DE RECHERCHE	DEVIS DE RECHERCHE	GR.T	FW-UP	PRINCIPALES CONCLUSIONS (RÉSULTATS ET IMPLICATIONS)
Abraham (1998)	43 ♀ boulimiques en rémission	Histoire sexuelle et reproductive dans un contexte de boulimie	Étude longitudinale; évolution naturelle du syndrome	N	O (10-15A)	<ul style="list-style-type: none"> • Plus d'investigations en fertilité lorsque boulimie active • Absence de boulimie lors de grossesse et d'allaitement • Plus de complications obstétricales et dépression PP lorsque boulimie active
Benton-Hardy, & Lock (1998)	Une adolescente enceinte	Impact de la grossesse sur le développement d'une anorexie	Étude de cas	N	N	<ul style="list-style-type: none"> • Grossesse peut contribuer au développement d'une anorexie
Russell, Treasure, & Eisler (1998)	8 mères anorexiques et leurs 9 enfants	Dépistage et traitement des mères anorexiques sous-alimentant leurs enfants	Étude longitudinale; pré et post-traitement	N	O	<ul style="list-style-type: none"> • Dénutrition sévère chez 9 enfants • Dénutrition engendre des retards de croissance • Rattrapage des retards est fonction de l'engagement en psychothérapie • Projection des mères sur les enfants de leurs préoccupations alimentaires
Tiller, & Treasure (1998)	23 ♀ TCA	Impact de la grossesse sur le développement d'une anorexie	Étude de cas	N	N	<ul style="list-style-type: none"> • Grossesse semble avoir précipité le développement d'un TCA (en pré- ou post-partum)
Baker, Carter, Cohen, & Brownell (1999)	90 ♀ enceintes	Changements dans attitudes et conduites alimentaires lors de la grossesse	Étude longitudinale; évolution naturelle du syndrome	N	O (4M PP)	<ul style="list-style-type: none"> • Stabilité au niveau de la psychopathologie alimentaire, mais ↑ des diètes entre le pré- et post-partum • Importance d'investigations globales et spécifiques des attitudes et préoccupations alimentaires pour dépistage des ♀ à risque

Tableau récapitulatif des 81 travaux recensés et cités dans les trois axes de recherche (suite)

AUTEURS	N	OBJET DE RECHERCHE	DEVIS DE RECHERCHE	GR-T	FW-UP	PRINCIPALES CONCLUSIONS (RÉSULTATS ET IMPLICATIONS)
Bulik, Sullivan, Fear, Pickering, Dawn, & McCullin (1999)	GR1 : 66 ♀ avec antécédents d'anorexie GR2 : 98 ♀ témoins	Histoire de reproduction et de fertilité dans un contexte d'anorexie	Étude comparative transversale	O	N	<ul style="list-style-type: none"> Absence de différence inter-gr : <ul style="list-style-type: none"> Nb grossesses (total et moyen) Âge de 1^{ère} grossesse Plus de complications obstétricales chez GR1 que chez GR2 Importance d'un suivi obstétrical étroit chez ♀ ayant TCA ou antécédents de TCA
Kaplan (1999)	Une ♀ avec antécédents d'anorexie en demande de traitement en fertilité	Difficultés associées aux demandes en fertilité dans un contexte d'anorexie	Étude de cas	N	N	<ul style="list-style-type: none"> Avortement spontané suite à grossesse secondaire à un traitement en fertilité (après décision d'avorter) Décompensation psychotique suite une grossesse Nouvelle demande en fertilité alors que dépression Nécessité de traiter le TCA avant l'entreprise de traitement en fertilité
Morgan, Lacey, & Sedgwick (1999)	94 ♀ boulimiques enceintes	Impact d'une grossesse sur les symptômes boulimiques et les psychopathologies associées	Étude longitudinale; évolution naturelle du syndrome	N	O	<ul style="list-style-type: none"> Lors de la grossesse : ↓ symptômes La majorité des grossesses non-planifiées En PP: <ol style="list-style-type: none"> 1) Aggravation des symptômes chez 57% des mères 2) Disparition complète des symptômes chez 34% d'entre elles 3) 1/3 mères présentent symptômes dépression PP (DPP)

Tableau récapitulatif des 81 travaux recensés et cités dans les trois axes de recherche (suite)

AUTEURS	N	OBJET DE RECHERCHE	DEVIS DE RECHERCHE	GR.T	FW-UP	PRINCIPALES CONCLUSIONS (RÉSULTATS ET IMPLICATIONS)
Waugh, & Bulik (1999)	GR1 : 10 mères TCA et leurs 10 enfants GR2 : 10 mères témoins et leurs 10 enfants	Évaluation de la santé, développement, tempérament, satisfaction p/r image corporelle, nutrition et nature des interactions aux repas des enfants de mères TCA	Étude comparative transversale	O	N	<ul style="list-style-type: none"> L'alimentation des enfants problématique pour les mères TCA, à tous les âges Manifestations de ces difficultés: <ul style="list-style-type: none"> Enfants petits et de + petit poids Ambivalence p/r à l'allaitement Attitude maternelle détachée lors des repas Pas diff p/r tempérament des enfants Pas diff quant à la satisfaction des mères p/r à l'image corporelle de leurs enfants
Blais, Becker, Burwell, Flores, Nussbaum, Greenwood, Ekeblad, & Herzog (2000)	54 mères TCA	Impact d'un TCA sur grossesse et impact d'une grossesse sur les symptômes TCA	Étude longitudinale; évolution naturelle du syndrome	N	O (6M)	<ul style="list-style-type: none"> Pas de lien entre le déroulement de la grossesse et la présence d'un TCA ↓ symptômes chez ♀ boulimiques pendant la grossesse et ce, jusqu'à 9 mois PP ↓ symptômes chez ♀ anorexiques pendant la grossesse, mais retour au niveau initial à 6 mois PP Haut taux d'avortements volontaires
Corcos (2000)	-	TCA et maternité	Élaboration théorico-clinique	N	N	<ul style="list-style-type: none"> Conceptualisation de l'aménorrhée comme symptôme des conflits p/r à la maternité Identification de fantasmes et de rêves spécifiques au TCA Situation de la perspective de maternité en fonction des théories étiologiques des TCA
Franko, & Spurrell (2000)	39 références	Détection et traitement des TCA lors d'une grossesse	Recension des écrits	N	N	<ul style="list-style-type: none"> Complications obstétricales et DPP associées au TCA Réticence des ♀ à aborder le TCA avec leur MD Nécessité de dépistage et de prise en charge multidisciplinaire

Tableau récapitulatif des 81 travaux recensés et cités dans les trois axes de recherche (suite)

AUTEURS	N	OBJET DE RECHERCHE	DEVIS DE RECHERCHE	GR.T	FW-UP	PRINCIPALES CONCLUSIONS (RÉSULTATS ET IMPLICATIONS)
Kye, Mason, & Bolton (2000)	34 références	Fonctions reproductrices et TCA	Recension des écrits	N	N	<ul style="list-style-type: none"> • Risques accrus de complications pré- et post-natales chez les ♀ enceintes TCA • ♀ TCA devraient être encouragées à reporter le projet de grossesse jusqu'à guérison du TCA • Possibles réticences des ♀ enceintes à aborder leurs TCA • Nécessité du dépistage des TCA et d'une prise en charge multidisciplinaire
Little, & Lowkes (2000)	3 ♀ TCA enceintes et leurs enfants	Conséquences physiologiques et psychologiques d'un TCA maternel sur le bébé à venir	Étude de cas	N	N	<ul style="list-style-type: none"> • Enfants de ces mères ont tous développé des difficultés alimentaires • Nécessité du dépistage et de la prise en charge de ces mères et de leurs bébés
Whelan, & Cooper (2000)	GR1 : 42 enfants avec difficultés alimentaires et leurs mères GR2 : 79 enfants sans difficultés alimentaires, mais difficultés autres et leurs mères GR3 : 29 enfants témoins et leurs mères	TCA maternels et difficultés alimentaires des enfants	Étude comparative transversale	O	N	<ul style="list-style-type: none"> • Les mères des enfants présentant des difficultés alimentaires ont un taux particulièrement élevé de TCA –actuels ou passés-
Abraham (2001)	67 obstétriciens	Pratique des obstétriciens p/r au dépistage des TCA	Étude descriptive	N	N	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun MD ne calcule le BMI • Moins de 50% des MD investiguent la dépression, le contrôle du poids et les TCA

Tableau récapitulatif des 81 travaux recensés et cités dans les trois axes de recherche (suite)

AUTEURS	N	OBJET DE RECHERCHE	DEVIS DE RECHERCHE	GR.T	FW-UP	PRINCIPALES CONCLUSIONS (RÉSULTATS ET IMPLICATIONS)
Abraham, Taylor, & Conti (2001)	181 mères primipares en santé à une semaine PP	Détresse postnatale, conduites alimentaires, entraînement physique et perte de poids pré- et post-grossesse	Étude descriptive	N	N	<ul style="list-style-type: none"> Les mères démontrant la plus grande détresse en PP sont celles souffrant d'un TCA lors de la grossesse Détresse PP associée à : préoccupations p/r au poids et à l'image corporelle, TCA pré- et post-grossesse, vomissements pendant la grossesse
Beumont, & Tam (2001)	Une ♀ anorexique avec traitement en fertilité et ses enfants	Anorexie, grossesses induites par traitements et implications sur la progéniture	Étude de cas	N	N	<ul style="list-style-type: none"> Avortement spontané lors de 1^{re} grossesse et 3 naissances prématurées Nombreuses hospitalisations subséquentes de mère en psychiatrie Symptômes d'anorexie chez un des enfants Réserves importantes p/r à induction de grossesse chez ♀ anorexiques pcq conséquences à long terme sur la progéniture
Franko, Blais, Becker, Delinsky, Greenwood, Flores, Ekeblad, Eddy, & Herzog (2001)	246 ♀ TCA et leurs bébés	TCA et complications pré- et post-natales	Étude longitudinale; évolution naturelle du syndrome	N	O (12A)	<ul style="list-style-type: none"> Grossesses sans particularité et bébés en santé chez la majorité des ♀, mais : <ul style="list-style-type: none"> 6% bébés avec problèmes de santé 35% DPP 27% complications obstétricales ♀ enceintes ayant TCA actifs plus à risques et nécessitent suivi médical étroit en pré- et post-partum
Grady-Weliky (2001)	19 références	TCA, hyperemesis gravidarum et grossesse	Recension des écrits	N	N	<ul style="list-style-type: none"> Complications obstétricales associées aux TCA Nécessité d'évaluer la présence -actuelle ou passée- d'un TCA chez les ♀ enceintes Pertinence d'un suivi multidisciplinaire

Tableau récapitulatif des 81 travaux recensés et cités dans les trois axes de recherche (suite)

AUTEURS	N	OBJET DE RECHERCHE	DEVIS DE RECHERCHE	GR.T	FW-UP	PRINCIPALES CONCLUSIONS (RÉSULTATS ET IMPLICATIONS)
James (2001)	35 références	TCA, fertilité et grossesse	Recension des écrits	N	N	<ul style="list-style-type: none"> Complications obstétricales associées à la grossesse chez les ♀ TCA Nécessité d'évaluation et intervention
Morrill, & Nickols-Richardson (2001)	30 références	Impact des conduites boulimiques lors d'une grossesse sur son déroulement, la mère et le bébé	Recension des écrits	N	N	<ul style="list-style-type: none"> Variation des résultats selon les ♀ et les études Identification des principales conséquences sur la mère et sur le bébé Importance du dépistage de la boulimie chez les ♀ enceintes et d'une prise en charge multidisciplinaire
Norre, Vandereycken, & Gordts (2001)	-	Gestion des TCA en clinique de fertilité	Guide de pratique clinique	N	N	<ul style="list-style-type: none"> Sous-estimation des TCA chez ♀ en demandes de fertilité Possibles réticences à aborder le TCA chez ces ♀ pour éviter le refus de leur demande Rémission complète du TCA nécessaire avant l'entreprise d'un traitement en fertilité
Stein, Woolley, Murray, Cooper, Cooper, Noble, Affonso, & Fairburn (2001)	GR1 : 34 mères TCA et leurs bébés GR2 : 39 mères DPP et leurs bébés GR3 : 61 mères témoins et leurs bébés	Nature et spécificité des conduites contrôlantes des mères TCA auprès de leurs bébés	Étude comparative transversale	O	N	<ul style="list-style-type: none"> Mères TCA utilisent + contrôle verbal fort Lien entre les restrictions alimentaires imposées au bébé et l'utilisation du contrôle verbal par les mères TCA Certains aspects du contrôle maternel sont spécifiques aux TCA

Tableau récapitulatif des 81 travaux recensés et cités dans les trois axes de recherche (suite)

AUTEURS	N	OBJET DE RECHERCHE	DEVIS DE RECHERCHE	GR-T	FW-UP	PRINCIPALES CONCLUSIONS (RÉSULTATS ET IMPLICATIONS)
Barbin, Williamson, Stewart, Reas, Thaw, & Guarda (2002)	GR1 : 22 mères TCA et leurs enfants GR2 : 20 mères déprimées et leurs enfants GR3 : 23 mères témoins et leurs enfants	Adaptation psy des enfants de mères TCA	Étude comparative transversale	O	N	<ul style="list-style-type: none"> Aucune différence entre enfants de mères TCA et ceux de mères témoins Mères TCA rapportent plus difficultés néonatales, stress parental et symptômes dépressifs que témoins Enfants de mères déprimées ont + difficultés psy que ceux des autres groupes
Combe (2002)	-	Traitement de l'anorexie	Élaboration théorico-clinique	N	N	<ul style="list-style-type: none"> L'accès à la maternité peut être un moment propice à l'entreprise d'une psychothérapie et au dénouement des conflits demeurés non-résolus
Crow, Thuras, Keel, & Mitchell (2002)	173 ♀ boulimiques	Histoire reproductive et menstruelle dans un contexte de boulimie	Étude longitudinale; évolution naturelle du syndrome	N	O (10-15A)	<ul style="list-style-type: none"> Malgré des dysfonctions menstruelles fréquentes, la boulimie a peu d'impact sur la capacité à concevoir
Mitchell-Gieleghem, Mittelstaedt, & Bulik (2002)	96 références	TCA, conception et maternité	Recension des écrits	N	N	<ul style="list-style-type: none"> Synthèse des implications des TCA maternels sur la fertilité, la grossesse, le bébé et relation mère-enfant Importance du dépistage des TCA et identification « d'indicateurs » des TCA Recommandations quant au suivi des ♀ enceintes TCA
Bydlowski (2003)	-	Infertilité inexplicée et facteurs psychologiques	Élaboration théorico-clinique	N	N	<ul style="list-style-type: none"> Étude des infertilités inexplicées d'un point de vue psychique Infertilités inexplicées comme organisation inconsciente défensive contre l'éventualité d'une grossesse Particularités des représentations inconscientes du corps chez TCA infertiles

Tableau récapitulatif des 81 travaux recensés et cités dans les trois axes de recherche (suite)

AUTEURS	N	OBJET DE RECHERCHE	DEVIS DE RECHERCHE	GR:T	FW-UP	PRINCIPALES CONCLUSIONS (RÉSULTATS ET IMPLICATIONS)
Carter, McIntosh, Joyce, Frampton, & Bulik (2003)	109 ♀ boulimiques enceintes avec thérapie cognitivo-comportementale (TCC) préalable	Impact d'une grossesse sur l'évolution de la boulimie et/ou de la dépression	Étude longitudinale; pré et post-traitement	N	O (5A)	<ul style="list-style-type: none"> Pas d'association claire entre la naissance d'un bébé et l'exacerbation des symptômes boulimiques jusqu'à un an PP
Hofberg, & Ward (2003)	91 références	Grossesse, dépression, TCA, peur pathologique de l'accouchement et conséquences sur les mères et les bébés	Recension des écrits	N	N	<ul style="list-style-type: none"> Plus de naissances par césariennes et de bébés prématurés et de petits poids chez mères anorexiques ⇓ symptômes chez mères boulimiques pendant la grossesse, mais rechutes fréquentes et aggravation de pathologie en PP
Larsson, & Andersson-Ellström (2003)	454 mères de bébés de 3 à 7M	Divulgence des antécédents TCA par les mères, expérience des changements corporels et de l'allaitement	Étude descriptive	O	N	<ul style="list-style-type: none"> Antécédents TCA chez 11,5% mères Allaitement moins fréquent chez mères TCA que chez non-TCA Aucune différence entre mères TCA et non-TCA p/r aux changements corporels qui seraient vécus positivement
Park, Lee, Woolley, Murray, & Stein (2003b)	GR1 : 33 mères TCA et leurs enfants GR2 : 24 mères témoins et leurs enfants	Impact d'un TCA maternel sur les représentations de soi et de la mère des enfants	Étude comparative transversale	O	N	<ul style="list-style-type: none"> La présence d'un TCA maternel influence le développement du monde interne des enfants; enfants se montrent plus soucieux des préoccupations maternelles que les enfants du groupe témoin
Park, Senior, & Stein (2003a)	106 références	Impact des TCA maternels sur les enfants	Recension des écrits	N	N	<ul style="list-style-type: none"> Beaucoup d'études de cas et peu de recherches systématiques et contrôlées Les enfants de mères TCA sont à risque Identification de 5 mécanismes présents chez mères TCA et pouvant influencer le développement des enfants

Tableau récapitulatif des 81 travaux recensés et cités dans les trois axes de recherche (suite)

AUTEURS	N	OBJET DE RECHERCHE	DEVIS DE RECHERCHE	GR:T	FW-UP	PRINCIPALES CONCLUSIONS (RÉSULTATS ET IMPLICATIONS)
Crow, Keel, Thuras, & Mitchell (2004)	129 mères boulimiques	Changements des symptômes boulimiques pendant la grossesse	Étude longitudinale; évolution naturelle du syndrome	N	O	<ul style="list-style-type: none"> • ↑ de l'insatisfaction à l'égard de l'image corporelle • ↓ symptômes boulimiques, mais pas ↓ du nb d'abstinentes
Peolidis (2004)	1 mère avec antécédents d'anorexie	Expérience affective de la maternité dans un contexte d'antécédents d'anorexie	Élaboration théorique à partir d'une étude de cas	N	N	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de rechute d'anorexie lors d'une grossesse s'explique par la prédominance de la dimension corporelle • Résurgence d'enjeux conflictuels non-résolus de l'adolescence (période de l'anorexie) lors de l'accès à la maternité • Période fertile pour psychothérapie • Nécessité d'un suivi prénatal étroit
Delos-Santos (2005)	5 ♀ enceintes primipares en rémission de boulimie	Impact de la grossesse et du développement de l'identité maternelle sur la boulimie	Étude longitudinale; évolution naturelle du syndrome	N	O (1A PP)	<ul style="list-style-type: none"> • Grossesse donne lieu à : <ul style="list-style-type: none"> • ↑ symptômes chez certaines et ↓ chez d'autres • Émergence d'une identité maternelle (ÉIM) • Changement de perception p/r image corporelle (CPIM) • ÉIM et CPIM prennent le pas sur identité boulimique
Elfhag, & Linne (2005)	481 mères et leurs 481 adolescents (♀ et ♂)	Partage du TCA entre mères et adolescents	Étude descriptive	N	N	<ul style="list-style-type: none"> • « Partage » mère-fille de la pathologie alimentaire, ce qui est absent entre mère et fils • Utilisation de la nourriture par mères et filles pour gestion des affects pénibles • Partage mère-fille des impressions p/r à leurs images corporelles respectives

Tableau récapitulatif des 81 travaux recensés et cités dans les trois axes de recherche (suite)

AUTEURS	N	OBJET DE RECHERCHE	DEVIS DE RECHERCHE	GR.T	FW-UP	PRINCIPALES CONCLUSIONS (RÉSULTATS ET IMPLICATIONS)
Farrow, & Blissett (2005)	87 ♀ enceintes et leurs bébés	Psychopathologie maternelle et alimentation du bébé	Étude longitudinale; évolution naturelle du syndrome	N	O (6-12M PP)	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de lien entre TCA maternel et adoption de comportements de restriction ou contrôle de l'alimentation du bébé à un an PP
Kouba, Hallstrom, Lindholm, & Hirschberg (2005)	GR1 : 49 ♀ primipares ayant TCA actif ou passé et leurs bébés GR2 : 68 ♀ primipares sans antécédents TCA et leurs bébés	Complications obstétricales et néonatales et TCA maternels	Étude comparative transversale	O	N	<ul style="list-style-type: none"> • Rechute du TCA chez 22% du GR1 • Plus de risques de complications obstétricales chez GR1 • Plus de problèmes de santé chez les bébés des mères du GR1
Patel, Lee, Wheatcroft, Barnes, & Stein (2005)	GR1 : 6 mères TCA GR2 : 9 mères à risque de TCA GR3 : 6 mères témoins	Perception et gestion des changements corporels en PP et impact de ces changements sur l'identité maternelle	Étude comparative transversale	O	N	<ul style="list-style-type: none"> • Mères TCA ont tendance à percevoir le monde extérieur comme étant + négatif et + critique à l'égard de leur nouvelle identité de mère • Mères témoins + capables de tolérer la dépendance de leurs bébés à leur corps et d'aborder l'allaitement en fonction des besoins du bébé plutôt qu'en fonction de leurs propres besoins corporels • Période PP est période vulnérable pour mères TCA

Tableau récapitulatif des 81 travaux recensés et cités dans les trois axes de recherche (suite)

AUTEURS	N	OBJET DE RECHERCHE	DEVIS DE RECHERCHE	GR.T	FW-UP	PRINCIPALES CONCLUSIONS (RÉSULTATS ET IMPLICATIONS)
Rocco, Orbitello, Perini, Pera, Ciano, & Balestrieri (2005)	GR1 : 37 ♀ enceintes avec antécédents de diètes GR2 : 11 ♀ enceintes avec antécédents TCA GR3 : 49 ♀ enceintes sans antécédents de diète ou TCA	Impact de la grossesse sur le TCA et l'image corporelle	Étude comparative longitudinale; évolution naturelle du syndrome	O	O	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration générale des symptômes TCA à la mi-grossesse, mais retour des symptômes au niveau initial en PP
Seiden (2005)	75 gynécologues-obstétriciens	Connaissances, attitudes et pratiques des gynécologues-obstétriciens avec les ♀ enceintes TCA	Étude descriptive	N	N	<ul style="list-style-type: none"> Connaissances limitées quant aux TCA, à leur impact sur la grossesse Nécessité, selon la majorité, du dépistage des TCA, mais doute quant à leur compétence à le faire ♀ MD ont + tendance au dépistage que ♂ MD
Senior, Barnes, Emberson, & Golding (2005)	10641 ♀ enceintes	Identification, pendant la grossesse, d'événements déclencheurs d'un TCA par le passé	Étude descriptive	N	N	<ul style="list-style-type: none"> Les souvenirs de problèmes de santé mentale des parents et de relations sexuelles précoces non-désirées sont associés : <ul style="list-style-type: none"> TCA Usage de laxatifs et vomissements pendant la grossesse Préoccupations marquées p/r poids et image corporelle pdt la grossesse Nécessité du dépistage des TCA pdt la grossesse

Tableau récapitulatif des 81 travaux recensés et cités dans les trois axes de recherche (suite)

AUTEURS	N	OBJET DE RECHERCHE	DEVIS DE RECHERCHE	GR.T	FW-UP	PRINCIPALES CONCLUSIONS (RÉSULTATS ET IMPLICATIONS)
Wolfe (2005)	62 références	Complications reproductives et TCA	Recension des écrits	N	N	<ul style="list-style-type: none"> Impact du TCA sur les cycles menstruels, la fertilité, grossesse et accouchement ainsi que sur l'alimentation du bébé Réticences des Q à aborder le TCA Nécessité du dépistage des TCA en prépartum Nécessité du traitement du TCA et d'un suivi multidisciplinaire
Lai, Tang, & Tse (2006)	131 Q enceintes	Prévalence des facteurs de risque associés aux TCA	Étude longitudinale; évolution naturelle du syndrome	N	O	<ul style="list-style-type: none"> % + élevé de TCA sévères en PP qu'en prépartum Facteurs associés aux TCA en PP : TCA prénataux, faible attachement mère-fœtus, peu de support conjugal pdt la grossesse, symptômes DPP, relation mère-fille pauvre Transition vers la maternité peut précipiter ou exacerber un TCA
Mazzeo, Landt, Jones, Mitchell, Kendler, Neale, Aggen, & Bulik (2006)	1119 mères	DPP, TCA et perfectionnisme	Étude descriptive	N	N	<ul style="list-style-type: none"> Taux élevé de symptômes dépressifs chez les Q enceintes et en PP Corrélation positive entre conduites boulimiques et DPP Sévérité de DPP est fonction des préoccupations à l'égard des erreurs (aspect spécifique du perfectionnisme)

Méthode

Participants

Quatre-vingt-trois jeunes femmes françaises âgées de 18 à 23 ans ont participé au premier volet (quantitatif) de cette étude. Quarante-deux d'entre elles souffraient d'un TCA (GR1) alors que les quarante et une autres ne présentaient aucune psychopathologie alimentaire (GR2). Vingt d'entre elles, dix issues du GR1 et dix issues du GR2, ont été retenues, aléatoirement, afin de participer au second volet (qualitatif) de la recherche. Les jeunes femmes souffrant d'un TCA ont été recrutées à la consultation (clinique externe) du Service de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte de l'Institut Mutualiste Montsouris (Paris, France). Elles nous ont été référées par leurs psychiatres traitants après qu'ils aient diagnostiqué chez elles un TCA (anorexie de type *restrictif*; anorexie de type *avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs*; boulimie de type *avec vomissements ou prise de purgatifs*; boulimie de type *sans vomissements ou prise de purgatifs*), tel que défini selon les critères du DSM-IV (1996). Ces critères sont présentés en Appendice B. Le second groupe est composé de jeunes femmes complétant des études en psychologie, à l'École de Psychologues Praticiens (Paris, France) ou en sciences infirmières, à l'École des Infirmières de l'Hôpital Antoine-Béclère (Clamart, France). Nous avons opté pour deux centres de recrutement des témoins plutôt qu'un seul afin d'éviter d'être confrontée à certains biais, difficilement identifiables, que pourraient induire le choix professionnel des témoins (p. ex., présence de « caractéristiques-types » chez les étudiantes en psychologie et/ou en sciences infirmières). Certains critères d'exclusion ont néanmoins été retenus et appliqués pour les deux groupes de sujets (voir Appendice C).

Instruments de mesure

Chaque participante a complété quatre questionnaires auto-rapportés et a pris part à un entretien semi-structuré. Les jeunes femmes retenues afin de participer au second volet de l'étude ont pris part à un second entretien semi-structuré.

Questionnaire de données socio-démographiques

Ce questionnaire-maison de 29 items, développé par l'équipe de recherche de l'Institut Mutualiste Montsouris, vise à connaître les principales caractéristiques socio-démographiques des sujets (données relatives à l'âge, à l'état civil, à la situation familiale, professionnelle et sociale). Il est présenté à l'Appendice D.

Version française du SCOFF Questionnaire (Version originale anglaise de Morgan, Reid et Lacey, 1999b; traduite en français par Bydlowski et Chambry, 2000)

Ce questionnaire de cinq items vise à établir la présence ou non d'un trouble des conduites alimentaires chez les participantes. Deux possibilités de réponses sont énoncées (oui ou non) et correspondent respectivement à des cotes de 1 et de 0. L'échelle étant composée d'un seul facteur, un score global est obtenu et peut varier entre 0 et 5. L'obtention d'un score de deux ou plus indique la présence probable d'un TCA. Le questionnaire a été développé dans une visée de dépistage rapide à partir de quelques items, issus du DSM-IV, ciblant les attitudes-clés spécifiques aux TCA. Les résultats obtenus suite à l'administration du questionnaire à 116 femmes souffrant d'une psychopathologie alimentaire (GR1) et à 96 femmes témoins (GR2) démontrent que le SCOFF permet l'identification du TCA chez 100% des sujets du GR1 et le classement adéquat (c.-à.d. présence ou non d'un TCA) de 87,5% des jeunes femmes du GR2. Cette mesure a été utilisée à des fins de contrôle, afin d'exclure du groupe témoin les jeunes femmes susceptibles de présenter des conduites alimentaires pathologiques (voir Appendice E).

Adaptation de la « Repertory Grid » de Kelly au domaine de la périnatalité –ARGK- (Saucier, 1987)

Cette version adaptée de la *Repertory Grid* de Kelly (1955) au domaine de la périnatalité par Saucier se veut une mesure quantitative des perceptions des sujets quant à des caractéristiques propres à diverses personnes significatives. Ces caractéristiques sont de deux types, soit « relationnel », évoquant la façon de se relier à autrui, et « descriptif »,

évoquant la façon d'être en général. Cette mesure auto-rapportée peut se concevoir comme une matrice à double entrée, constituée de dix « éléments » (re : personnes significatives) à l'axe vertical et de neuf « construits » (re : caractéristiques) à l'axe horizontal. Ainsi, on demande aux sujets de se prononcer sur différentes particularités (*sens des responsabilités, confiance en soi, équilibre, dépendance, anxiété, intrusion et/ou contrôle, soins offerts à autrui, intelligence et état de santé*) caractérisant divers membres de la famille (*vous-mêmes, votre père, votre mère, votre conjoint, votre grand-mère maternelle*) et certains membres imaginaires –idéaux ou à venir- (*votre bébé quand il sera grand, la conjointe idéale selon vous, la femme idéale au travail selon vous, la mère idéale selon vous, le conjoint idéal selon vous*)¹. Tous les construits sont présentés de manière bipolaire (re : *prend ses responsabilités vs ne prend pas ses responsabilités*). Les sujets doivent accorder une cote de 1 à 5 pour chaque combinaison « construit-élément »; quatre-vingt-dix réponses sont donc attendues. Les directives qui sont transmises aux sujets indiquent la nécessité d'attribuer une cote à chaque combinaison et ce, même si certaines personnes mentionnées sont décédées ou inexistantes. On demande alors aux sujets de se remémorer d'anciens souvenirs ou d'inventer (se référer à l'Appendice F).

Selon la théorie de Kelly (1955), la *Repertory Grid* permet l'élaboration d'une « carte » des représentations mentales d'un individu et donne ainsi accès à sa conceptualisation de lui-même et du monde environnant. Cette carte se construit au fil des expériences de l'individu et des interprétations qu'il en fait; elle guide ses émotions tout comme ses réactions. L'auteur insiste sur l'aspect subjectif de cette carte qui se veut non pas un portrait fidèle de la réalité, mais bien le témoin d'un processus interprétatif propre à chacun, teinté d'enjeux affectifs. La *Repertory Grid* permettrait donc une élucidation méthodique de ce processus interprétatif. Ainsi, on cherche à identifier des caractéristiques descriptives fréquemment évoquées par l'individu (les « construits ») afin de penser et de qualifier les diverses personnes significatives qui l'entourent (les « éléments »). Kelly

¹ Trois éléments (c.-à-d. *la femme idéale au travail selon vous, votre grand-mère maternelle et le conjoint idéal selon vous*) ont été ajoutés à la version initiale de Saucier (1987) par Tardif (1999) lors de la réalisation de sa recherche doctorale, sous la direction du premier. C'est cette version que nous avons privilégiée.

(1955) soutient que ces caractéristiques se présentent au sujet en termes de similarités et de différences.

L'analyse des données obtenues à la *Repertory Grid* a suscité de nombreux débats qui demeurent encore d'actualité. Deux « camps » théoriques se dégagent et s'affrontent, l'un adoptant une perspective clinique et l'autre, une approche statistique (Blowers, & O'Connor, 1996). Le premier privilégie une méthode d'analyse des plus simples afin de demeurer au plus près possible des représentations de l'individu. Il soutient que la réalisation d'analyses statistiques sophistiquées éloigne le clinicien-chercheur de son objet d'étude, sacrifiant la richesse clinique au profit d'une rigueur statistique peu fidèle à la théorie de Kelly. Les travaux de Bannister témoignent de cette conception (Bannister, & Mair, 1968; Fransella, & Bannister, 1977). À l'opposé, d'autres considèrent plutôt que la *Repertory Grid* comporte de nombreuses possibilités d'analyses qui n'ont pas à demeurer captives de la théorie de Kelly et qui méritent d'être envisagées sous plusieurs angles. C'est le cas de Slater (1977) qui se consacre à la découverte et à la validation de diverses avenues statistiques et développe même des programmes informatiques facilitant la réalisation de ces analyses. Bien que Blowers et O'Connor (1996) admettent que ces deux positions s'avèrent tout aussi valables, ils insistent sur le fait que c'est la nature du but poursuivi qui doit déterminer la méthode d'analyse à privilégier.

L'établissement des propriétés psychométriques de la *Repertory Grid* s'avère fort complexe, compte-tenu de la nature même de l'instrument. Les représentations mentales étant quasi-exclusives à chacun et les variables étant multiples et changeantes, l'évaluation de la validité de l'instrument ne peut être établie aisément. Blowers et O'Connor (1996) rappellent toutefois que Kelly (1955) proposait l'adoption d'une conception adaptée des notions de validité et de fidélité à la *Repertory Grid*. La grille de Kelly serait valide lorsque les changements observés chez un individu (p.ex., perceptions d'autrui et/ou comportements à l'égard d'autrui) se traduiraient par une seconde cotation de la *Repertory Grid*, différente de la première. Les « éléments » (c.-à-d. personnes significatives) seraient perçus autrement, ce dont témoignerait la cotation changée des construits. Cette nouvelle

évaluation par l'individu des caractéristiques propres aux « *éléments* » se devrait de traduire fidèlement, et de façon cohérente, les changements observés chez lui. Quant à la fidélité de la *Repertory Grid*, elle serait une mesure de la stabilité de l'interprétation propre à l'individu, une notion qui se prête davantage à la mesure. Des coefficients de corrélation de tests-retests satisfaisants (de 0,7 à 0,9) ont été obtenus par différents auteurs (Bannister, & Fransella, 1977; Bannister, & Mair, 1968; Yorke, 1983). Les résultats sont toutefois moins concluants lorsque les délais test-retests s'allongent (Blowers, & O'Connor, 1996). Mentionnons enfin que la version adaptée par Saucier (1987) et utilisée dans le cadre de notre recherche démontre un excellent coefficient de consistance interne (coefficient alpha de Cronbach de 0,88)².

À ce jour, nous n'avons répertorié que quelques études, plutôt récentes, consacrées aux troubles des conduites alimentaires ou à la maternité et ayant eu recours à la *Repertory Grid* (Button, & Warren, 2002; Damani, Button, & Reveley, 2001; Heesacker, & Neimeyer, 1990; Neimeyer, & Khouzam, 1985; Smith, 1990). Néanmoins, une recension des écrits concernant cet instrument permet de constater sa vaste diffusion³, son utilisation assez répandue en psychiatrie, notamment dans le contexte de recherches cliniques consacrées aux conduites addictives, ainsi que l'usage fort varié que l'on en fait dans divers domaines (psychologie, vente, gestion des ressources humaines, littérature...).

Nous avons privilégié cet instrument afin d'explorer les fantaisies qu'entretiennent les jeunes femmes souffrant d'un TCA à l'égard d'un bébé qu'elles pourraient désirer, maintenant ou plus tard. Nous nous intéressons plus particulièrement aux représentations mentales de ce bébé, à son inscription dans les filiations maternelle et féminine ainsi qu'aux représentations mentales des diverses figures significatives. Dans ce contexte, l'utilisation de la version de Saucier est des plus pertinentes. Bien que l'instrument ait été administré dans son intégralité, certains « *éléments* » n'ont pas été retenus pour l'analyse des données

² L'aspect standardisé de l'instrument permet la réalisation de ce type d'analyse.

³ Des recherches informatisées effectuées via les moteurs Medline, PsycINFO et Current Content permettent de constater que plus de 130 études utilisant la *Repertory Grid* ont été publiées entre 1985 et 2003.

puisque'ils apparaissent moins pertinents pour notre propos (c.-à-d. *votre père, votre grand-mère maternelle, votre conjoint, la conjointe idéale selon vous et la femme idéale au travail selon vous*).

Inventaire des relations mère-fille –IRMF- (Version originale anglaise de Inazu et Fox, 1980; traduite en français par Achim, 2000)

Le *Mother-Daughter Relationship Inventory* élaboré par Inazu et Fox (1980) est un auto-questionnaire comportant neuf items mesurant le soutien socio-émotionnel offert à la fille par sa mère ainsi que la qualité générale du lien mère-fille, tels que perçus par la fille. Diverses dimensions sont évaluées par cet instrument, notamment la présence ou non d'une communication ouverte entre mère et fille, la présence ou non d'incertitudes et d'ambiguïtés dans la description que fait la fille du lien à la mère ainsi que l'ambivalence manifestée par la fille à l'égard d'un rapprochement et d'une intimité mère-fille. Quatre possibilités de réponses sont énoncées (c.-à-d. très en accord, plutôt en accord, plutôt en désaccord, très en désaccord) et correspondent respectivement à des cotes de 1 à 4. L'échelle étant composée d'un seul facteur, un score global est obtenu et peut varier entre neuf et trente-six. Plus ce score s'avère élevé, plus le lien mère-fille est perçu de manière positive. Le *MDREL* se distingue d'autres instruments de mesure plus largement utilisés, notamment le *Parental Bonding Inventory –PBI-* de Parker (1979) ou le *Children's Report on Parent Behavior Inventory –CRPBI-* de Schludermann et Schludermann (1988) par le fait qu'il mesure la perception de la qualité du soutien maternel et de la communication mère-fille dans un contexte où subsiste une relation d'autorité et où s'active la sexualité de la jeune fille, des enjeux s'avérant souvent fort conflictuels chez les jeunes femmes souffrant d'un TCA. Le *MDREL* s'avère un instrument simple et rapide d'administration (environ 5 minutes).

Puisqu'à notre connaissance, aucune version française de cet instrument n'a été publiée, nous avons procédé à sa traduction en français en privilégiant la méthode de la double traduction (Vallerand, 1989). La validation de cette traduction fait partie des

objectifs de cette thèse et un article lui est entièrement consacré. Nous ne reprendrons donc pas ici le détail des propriétés psychométriques de la version française, présenté plus loin; nous référons plutôt le lecteur à l'article III du présent ouvrage. Mentionnons néanmoins que cette version permet d'identifier deux facteurs (« *autocentré* » et « *allocentré* ») et qu'elle démontre de bonnes propriétés psychométriques, supérieures à celles de la version originale (validité de structure ou *construct validity* : coefficients de corrélation variant entre 0,35 à 0,83 pour la version française et entre 0,43 et 0,58 pour la version anglaise; coefficient *alpha de Cronbach* de 0,81 pour la version française). L'instrument est présenté à l'Annexe G.

M.I.N.I. 5.0 : MINI International Neuropsychiatric Interview –DSM-IV–, version française (Sheehan, Lecrubier, Sheehan, Amorim, Janavs, Weiller et al., 1998)

Entretien semi-structuré d'une durée d'environ quinze minutes, élaboré à partir des critères diagnostiques du DSM-IV. Cette grille d'entretien permet la réalisation d'une évaluation psychiatrique standardisée, les critères diagnostiques des principales psychopathologies de l'axe I étant investigués. Parmi elles, on retrouve les troubles suivants: épisode dépressif majeur (actuel ou vie entière), épisode dépressif majeur avec caractéristiques mélancoliques (actuel), dysthymie (actuelle), épisode maniaque et/ou hypomaniaque (actuel ou vie entière), trouble panique (actuel et vie entière), agoraphobie (actuelle), phobie sociale (actuelle), trouble obsessionnel-compulsif (actuel), état de stress post-traumatique (actuel), trouble anxieux généralisé (actuel), troubles psychotiques (actuels et passés), dépendance à l'alcool et/ou à des drogues (actuelle), anorexie mentale de *type restrictif* et avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs (actuelle) et boulimie de *type avec vomissements et prise de purgatifs* ou sans vomissements et prise de purgatifs (actuelle).

La réalisation de cet entretien permet non seulement de confirmer que les sujets du groupe témoin ne présentent aucune forme de TCA, mais elle permet également d'étoffer notre description clinique des deux groupes et d'identifier la présence d'une comorbidité

psychiatrique chez les jeunes femmes du GR1. Plusieurs publications des auteurs sont consacrées à l'établissement des propriétés psychométriques de l'instrument qui s'avèrent fort satisfaisantes. Nous référons le lecteur à ces textes pour plus de détails (Lecrubier, Sheehan, Weiller, Amorim, Bonora, Sheehan et al., 1997; Sheehan, Lecrubier, Sheehen, Amorim, Janavs, Weiller et al., 1998; Sheehan, Lecrubier, Sheehen, Janavs, Weiller, Keskiner et al., 1997). L'instrument est présenté à l'Appendice H.

Entretien semi-structuré : Maternité, désir d'enfant et filiations féminines (Achim, 2000)

Entrevue d'une durée d'environ quatre-vingt-dix minutes, réalisée au moyen d'une série de questions ouvertes visant l'exploration de l'univers fantasmatique des jeunes femmes à l'égard de la maternité, du désir d'enfant et des filiations féminines. Nous nous intéressons plus particulièrement aux fantaisies que les sujets entretiennent à l'égard de l'éventualité de la maternité, de la mère qu'elles imagineraient devenir, du bébé qu'elles pourraient souhaiter avoir et de son inscription dans les filiations (p.ex, à qui pourrait ressembler ce bébé?). Pour ce faire, six grands thèmes sont abordés: histoire du lien mère-fille, perceptions des changements pubertaires, satisfaction à l'égard de l'image corporelle, sexualité, désir d'enfant et de maternité et enfin, satisfaction à l'égard de soi. Un septième thème s'ajoute lors des entretiens réalisés auprès des jeunes femmes souffrant d'un TCA à qui l'on demande de nous transmettre leur compréhension de leur psychopathologie. Ainsi, nous demandons aux jeunes femmes de nous faire part des fantaisies qu'elles entretiennent quant à la perspective de futures expériences (désir d'enfant, maternité, contexte d'une grossesse...) et nous sollicitons leurs souvenirs, perceptions et compréhension associés à certaines expériences passées (changements pubertaires, image corporelle à l'adolescence, premières relations sexuelles etc.). La perception des réactions maternelles face à l'ensemble des thèmes abordés est également investiguée (voir Appendice I).

Dépouillement des entretiens. Une première analyse verticale des corpus a été faite, à partir de lectures répétées du matériel. Des résumés synthèses et notes préliminaires ont été rédigés et des citations clé ont été identifiées. Cette démarche a permis de dégager des

catégories conceptuelles et de les articuler entre elles. Un deuxième niveau d'analyse a constitué en une comparaison des entrevues entre elles (analyse transversale). Ainsi, à partir des récurrences et des divergences, de nouvelles catégories conceptuelles, plus larges, ont été identifiées (voir Appendice J).

Déroulement

Le recrutement s'est déroulé en parallèle sur trois centres, de mars 2001 à avril 2003. L'expérimentation a été réalisée par quatre assistants de recherche, soit deux médecins-psychiatres en formation et deux étudiantes psychologues en fin de formation clinique. L'étude a été coordonnée par l'une d'elles et supervisée par l'auteure. Tous les assistants de recherche ont été préalablement formés à l'administration du *MINI* par l'un des médecins-psychiatres impliqué au sein de l'équipe de recherche du Service de psychiatrie de l'IMM.

Le recrutement dans les trois centres s'est fait de façon assez similaire. Du côté de l'Institut Mutualiste Montsouris, les patientes ont d'abord été identifiées par l'un des trois médecins-psychiatres consultants (référents de la recherche). Ceux-ci leur proposaient de participer à la recherche au terme du premier entretien clinique, lorsqu'un diagnostic de TCA était posé. Les patientes intéressées ont été rejointes par la coordonnatrice du projet qui leur a fait part des objectifs de la recherche, de ses modalités ainsi que des normes éthiques respectées (c.-à-d. recherche sur les relations mère-fille, participation à un court entretien avec un assistant de recherche, réponse à un auto-questionnaire d'une durée d'environ une heure, participation volontaire et possibilité d'y mettre un terme en tout temps, préservation de la confidentialité etc.).

Lorsqu'elles acceptaient de participer à la recherche, les patientes étaient rencontrées à l'Institut Mutualiste Montsouris où elles devaient d'abord signer deux copies d'un formulaire de consentement, l'une étant conservée à l'IMM et l'autre leur étant remise (voir Appendice K). Elles recevaient ensuite l'auto-questionnaire (composé du

Questionnaire de données socio-démographiques, du *SCOFF*, de l'*ARGK* et de l'*IRMF*) qu'on leur demandait de remplir seule et de rapporter au second rendez-vous. Cette seconde rencontre avait également lieu à l'IMM où la cotation des questionnaires était révisée par l'assistante de recherche (c.-à-d. compréhension adéquate de l'ensemble des questions, réponses à l'ensemble des items...) et où l'entretien semi-structuré était réalisé (*MINI*).

Une procédure similaire a été adoptée lors du recrutement au sein des Écoles identifiées. Avec l'accord de la direction des deux institutions, l'assistante de recherche s'est rendue en classe afin de présenter sommairement les objectifs et modalités de la recherche ainsi que de solliciter la participation des étudiantes à la recherche. Celles qui ont accepté de le faire (et qui rencontraient nos critères d'inclusion) ont été informées des normes d'éthique et de la possibilité de mettre un terme à leur participation en tout temps. Tout comme les jeunes femmes recrutées à l'IMM, les étudiantes ont d'abord dû signer deux copies d'un formulaire de consentement, dont l'un leur a été remis. Elles ont reçu ensuite l'auto-questionnaire qu'on leur a demandé de remplir seule et de rapporter lors d'un second rendez-vous fixé avec chacune d'entre elles. Lors de cette seconde rencontre, ayant également eu lieu à l'École que fréquente l'étudiante, la cotation des questionnaires a été révisée et l'entretien semi-structuré (*MINI*) a été réalisé.

Lorsque cette première étape était complétée, la coordonnatrice sollicitait aléatoirement la participation de certains sujets au second volet de la recherche, jusqu'à ce que vingt d'entre elles (10 cas et 10 témoins) aient accepté. Ce deuxième volet se résumait à la réalisation de l'entretien semi-structuré consacré à la maternité, au désir d'enfant et aux filiations féminines (Achim, 2000). Les sujets étaient rencontrés au même endroit que lors du premier volet. Les entretiens ont tous été réalisés par la coordonnatrice de la recherche, formée à cet effet par l'auteure de la recherche. Les entretiens ont été enregistrés sur bande audio afin de permettre à la coordonnatrice de se concentrer uniquement sur l'entretien. Les divers thèmes ont été abordés dans le même ordre, dans la mesure du possible. En effet, puisqu'il s'agit d'une entrevue comportant des questions ouvertes, la coordonnatrice a tenté de mener les entrevues de manière similaire, tout en respectant le fil associatif des sujets.

Les entrevues ont ensuite été retranscrites par une secrétaire, afin de nous permettre les relectures nécessaires à la réalisation d'une analyse systématique.

Considérations éthiques

Les règles d'éthique inhérentes à la recherche scientifique ont été respectées en tout point. L'expérimentation ayant eu lieu en France, nous nous sommes conformée aux normes qui y sont en vigueur. Ainsi, lors de la présentation de la recherche, chaque participante (cas et témoin) a été informée des objectifs de l'étude, des moyens d'évaluations, des garanties de confidentialité. Une fiche d'information ainsi qu'un formulaire de consentement leur a été remis. Elles ont été informées de la nature volontaire de leur participation, de l'absence de bénéfice en retour de cette participation et du fait qu'elles pouvaient, en tout temps, mettre un terme à leur participation. La déclaration de consentement, conforme à la loi Huriot, dûment signée par le sujet, a été réalisée en deux exemplaires, l'un pour la participante, et l'autre pour l'Institut Mutualiste Montsouris.

Article 1

Perspective de la maternité et troubles des conduites alimentaires :
Représentations mentales du bébé imaginaire et des diverses figures de filiations

Perspective de la maternité et troubles des conduites alimentaires :
Représentations mentales du bébé imaginaire et des diverses figures de filiations

Julie Achim
Université de Montréal

Denis Lafortune
Université de Montréal

Catherine Laurier
Université de Montréal

Maurice Corcos
Institut Mutualiste Montsouris (Paris, FR)

Philippe Jeammet
Institut Mutualiste Montsouris (Paris, FR)

Article à soumettre (revue indéterminée)

Cet article a été rédigé dans le cadre de la recherche doctorale de la première auteure. Nous tenons à remercier le Conseil de recherches pour les sciences humaines du Canada (CRSH) pour son soutien financier, Emmanuelle Robert et Jimmy Théberge pour leurs précieuses relectures ainsi qu'Annie Derome pour le travail statistique.

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Julie Achim, Service de pédopsychiatrie, Département de psychiatrie, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, 6555 Boulevard Gouin Ouest, Montréal, Québec, CANADA H4K 1B3.

Courriel :

Résumé

Cette étude s'intéresse à la perspective de la maternité et à son inscription dans la lignée des filiations maternelles chez des jeunes femmes souffrant d'un trouble des conduites alimentaires (TCA). Ces questions sont abordées via le concept de représentation mentale. Quatre-vingt-trois jeunes femmes (GR1 : 42 TCA; GR2 : 41 témoins) ont complété divers questionnaires ainsi qu'un entretien diagnostique. Ces mesures ont permis l'exploration des représentations mentales de soi et d'autrui (bébé imaginaire, conjoint idéal, mère réelle et mère idéale), l'objectivation de la perception de ces jeunes femmes quant à la qualité du lien les unissant à leur mère ainsi que la description de caractéristiques cliniques qui leur sont propres. Différents types d'analyses ont été réalisées (chi², tests t de Student, régressions logistiques). Les résultats obtenus permettent de constater que les jeunes femmes souffrant d'un TCA ne diffèrent pas de celles du groupe témoin dans la manière d'imaginer le bébé imaginaire ou le conjoint idéal. Elles se distinguent néanmoins dans leur façon de se représenter les diverses figures de la filiation maternelle, mais également dans leurs représentations des écarts existant entre ces figures. Les jeunes femmes du GR1 sont aux prises avec des représentations mentales extrêmes des figures de filiation maternelle (soi-même très abîmée, mère réelle représentée avec ambivalence, mère idéale infallible). De plus, lorsqu'on compare entre elles l'ensemble des figures, les écarts notés laissent entrevoir une filiation maternelle marquée par une importante dévalorisation de soi au profit d'une mère idéale plus que parfaite. Le conjoint idéal s'inscrit dans cette lignée en incarnant un substitut maternel parfait. Ces constats s'imposent dans un contexte de relation mère-fille jugée insatisfaisante par ces jeunes femmes. Nos résultats sont considérés à la lumière des quelques travaux s'intéressant à l'expérience et/ou au sens que prend la maternité chez les jeunes femmes souffrant d'un TCA. Les limites méthodologiques de notre étude sont soulevées et des pistes de recherches futures sont proposées.

Mots-clés : Troubles des conduites alimentaires, maternité, représentations mentales, bébé imaginaire, relation mère-fille.

Abstract

This study investigates how young women suffering from eating disorders perceive the prospect of maternity and how they portray that prospect within the lineage of maternal relationships in their families. These issues are approached via the concept of mental representation. Eighty three young women (Group 1: 42 subjects with eating disorders; Group 2: 41 control subjects) completed various questionnaires as well as a diagnostic interview. These measurements allowed the exploration of mental representations of self and others (imagined child, ideal spouse, real mother and ideal mother), the measurement of the young women's perception of the quality of their relationship with their mother, and the description of their clinical characteristics. Different types of analyses were performed (chi², Student's t tests, logistic regressions). The results obtained show that the young women suffering from an eating disorder did not differ from those in the control group in the way they perceive their imagined child or their ideal spouse. They do however differ in their perceptions of the various figures present within mother-daughter relationships, as well as in the way they picture the differences between these figures. The young women in Group 1 are grappling with extreme mental representations of the figures within mother-daughter relationships (very damaged self, real mother described with ambivalence, ideal mother seen as infallible). Moreover, when we compare all of the figures described, the differences imply a mother-daughter relationship notable for a significant devaluation of self in comparison with an overly perfect ideal mother. The ideal spouse forms part of this lineage, incarnating a perfect maternal substitute. These observations are even more pertinent in the context of a mother-daughter relationship judged unsatisfactory by the young women. Our results are considered in the light of several works on the subject of the experience and/or meaning of maternity for young women suffering from eating disorders. The methodological limits of our study are defined and areas for future study proposed.

Keywords: Eating disorders, maternity, mental representations, imagined child, mother-daughter relationship.

La recherche consacrée aux troubles des conduites alimentaires a connu une prolifération marquée au cours des trois dernières décennies, permettant l'acquisition de connaissances de tout ordre (Agman, Corcos, & Jeammet, 1994; Birmingham, & Beumont, 2004; Bruch, 1978; Garfinkel, & Garner, 1982; Levine, & Smolak, 2006; Treasure, Schmidt, & van Furth, 2003). Malgré la diversité et le nombre considérables de travaux s'intéressant à ces psychopathologies, peu d'entre eux s'attachent à la question de la maternité dans un contexte de troubles alimentaires, actuels ou passés (Larsson, & Andersson-Ellström, 2003; Delos-Santos, 2005; Little, & Lowkes, 2000; Park, Senior, & Stein, 2003a).

Maternité et TCA en trois axes

La recension des écrits étudiant conjointement maternité et TCA permet de dégager trois grands axes de recherches. Un premier regroupe les travaux traitant de *l'accès à la maternité* dans un contexte de TCA, de ses particularités et conséquences sur la mère, le bébé et sur le devenir de cet enfant. Les recherches s'inscrivant dans le second concernent davantage les implications d'une psychopathologie alimentaire sur *la fertilité féminine* alors que celles constituant le troisième axe s'intéressent plutôt à *la perspective de la maternité* et des enjeux qui lui sont propres chez les jeunes femmes souffrant, ou ayant souffert par le passé, d'un trouble alimentaire.

Parmi les contributions majeures des travaux s'inscrivant dans les deux premiers axes de recherche, l'objectivation des conditions médicales spécifiques aux femmes souffrant ou ayant souffert d'un TCA (Abraham, 1998; Brinch, Isager, & Tolstrup, 1988; Bulik, Sullivan, Fear, Pickering, Dawn, & McCullin, 1999; Franko, Blais, Becker, Delinsky, Greenwood, Flores et al., 2001; Kouba, Hallstrom, Lindholm, & Hirschberg, 2005; Morrill, & Nickols-Richardson, 2001) ainsi que la mise en lumière de différentes conséquences physiologiques, psychologiques et relationnelles de ces syndromes chez celles devenues mères (Abraham, Taylor, & Conti, 2001; Blais, Becker, Burwell, Flores, Nussbaum, Greenwood et al., 2000; Crow, Keel, Thuras, & Mitchell, 2004; Lai, Tang, &

Tse, 2006; Morgan, Lacey, & Sedgwick, 1999a; Rocco, Orbitello, Perini, Pera, Ciano, & Balestrieri, 2005), chez leurs enfants et sur la nature des liens qui les unissent s'avèrent les principales (Elfhag, & Linne, 2005; Larsson et al., 2003; Park, Lee, Woolley, Murray, & Stein, 2003b; Park et al., 2003a). Plusieurs auteurs ont également identifié l'existence de liens étroits entre TCA et infertilité (Abraham, 1998; Brinch et al, 1988; Corcos, Girardon, Granet, Cayol, & Jeammet, 1997; Mitchell-Gielegghem, Mittelstaedt, & Bulik, 2002; Vigan, 1997).

La prédominance de l'adoption d'une perspective strictement médicale dans l'abord de ces questions s'impose et semble se faire au détriment d'une perspective psychologique. Une grande majorité de ces études s'attardent effectivement aux implications physiologiques d'un TCA sur la maternité -ou l'inverse-, mais peu d'entre elles s'intéressent à l'expérience affective que représente l'accès à la maternité chez les femmes souffrant d'une psychopathologie alimentaire. Celles qui le font s'attachent surtout aux implications d'une grossesse sur la santé mentale et l'adaptation psychologique de ces femmes : évolution de la symptomatologie alimentaire, décompensations psychotiques, dépression postnatale (Abraham, 1998; Blais et al., 2000; Crow et al., 2004; Kaplan 1999; Kouba et al., 2005; Lai et al., 2006; Mazzeo, Landt, Jones, Mitchell, Kendler, Neale et al., 2006; Rocco et al., 2005). Quelques unes tentent également de rendre compte, via l'élaboration d'une compréhension théorique, de la fonction de la grossesse et de l'inconception dans l'économie psychique des femmes souffrant d'un TCA (Bydlowski, 2003; El-Mallakh, & Tasman, 1991; Peolidis, 2004).

À notre connaissance, il n'est actuellement possible de répertorier que quatre études faisant de l'expérience affective proprement dite que suscite l'accès à la maternité leur principal objet de recherche, soit celles de Lemberg et Phillips (1989), de Lewis et le Grange (1994) et, plus récemment, celles de Delos-Santos (2005) et de Patel et ses collaborateurs (2005). Les deux premières s'intéressent aux appréhensions et attitudes qu'expriment ces femmes à l'égard de la grossesse et de la maternité. La prise de poids et les changements corporels, l'endommagement du fœtus en raison des habitudes

alimentaires problématiques, l'incapacité à soigner adéquatement le bébé, le développement éventuel d'un TCA ou d'un problème de poids chez l'enfant et enfin, le désintérêt du conjoint demeurent les inquiétudes les plus citées (Lemberg et al., 1989; Lewis et al., 1994). La troisième et la dernière explore les bouleversements identitaires que peut engendrer l'accès à la maternité chez les jeunes femmes souffrant d'une psychopathologie alimentaire (Delos-Santos, 2005; Patel, Lee, Wheatcroft, Barnes, & Stein, 2005).

TCA et perspective de maternité : Un troisième axe peu exploré

Si les deux premiers axes regroupent la quasi-totalité des travaux consacrés à l'étude conjointe des TCA et de la maternité, rares sont les études réalisées sous l'angle du troisième axe. L'éventualité d'un projet de maternité et l'univers fantasmatique dans lequel il s'inscrit (c.-à-d. désirs, craintes, contexte imaginé pour une grossesse, bébé imaginaire, sens que prend ce projet pour ces femmes...) demeurent presque absents des travaux consultés. Quelques auteurs se sont néanmoins penchés sur certains aspects de « l'avant-conception », surtout, selon nous, dans une visée de compréhension étiologique. La contribution théorico-clinique de Corcos (2000) semble, à ce jour, l'une des plus significatives. L'auteur s'intéresse à la perspective de la maternité à travers le sens que peut prendre l'aménorrhée au sein de la dynamique psychique des jeunes femmes souffrant d'un TCA, symptôme qu'il propose de concevoir en fonction des enjeux propres à l'accès à la maternité. Ce symptôme témoignerait de l'impasse de la rivalité mère-fille, symbolisant à la fois le maintien du statut d'enfant par l'évitement des règles (et donc, du «devenir femme») et l'accès fantasmatique au statut de mère, l'aménorrhée étant aussi le fait de la femme enceinte.

L'auteur évoque ensuite la prédominance de fantasmes de stérilité, mais également de grossesse « en négatif » ou « en creux » chez les patientes présentant un TCA. Ces fantasmes rapportés sous forme d'enfant mort-né, de grossesse invisible ou encore de conception interdite pourraient traduire, de façon symbolique, l'ambivalence ressentie par ces femmes face à la maternité. En effet, tant sa venue que son échec sous-tendent ces

fantasmes. À l'instar des jeunes femmes anorexiques, celles souffrant de boulimie rapporteraient souvent des fantasmes, mais aussi des rêves de grossesses et d'avortements, marqués par des enjeux incestueux (Corcos et al, 1997; Corcos, 2000). Malgré leur apparence plutôt œdipienne, ces productions de l'imaginaire exprimeraient un conflit d'ordre narcissique mettant en cause l'homosexualité primaire et le rapport d'emprise existant entre mère et fille¹. Se référant à Lachcar (1991), Corcos soutient que « la grossesse ne s'inscrirait pas dans la rencontre avec un homme (...), mais elle répondrait plus souvent à un fantasme d'avoir un enfant de la mère » (Corcos, 2000, p.240).

Mentionnons enfin le travail de Rutherford et Russell (1990) qui se sont intéressés aux questions du désir d'enfant et de la perspective de la maternité chez une jeune femme souffrant d'un TCA à travers l'analyse du rapport singulier qu'elle entretenait avec les bébés. Les entretiens réalisés avec cette patiente et, éventuellement, avec son conjoint, ont permis d'identifier chez elle un désir d'enfant fort ambivalent et mal assumé, ne pouvant s'exprimer que par la contemplation des bébés d'autrui.

Somme toute, très peu d'études s'intéressent à l'univers fantasmatique -désirs, appréhensions, affects, fantaisies, investissement affectif- que suscite la perspective de la maternité chez les jeunes femmes souffrant ou ayant souffert de troubles alimentaires. Quelques travaux l'abordent néanmoins dans l'a posteriori de la conception ou de l'inconception (Bydlowski, 2003; Delos-Santos, 2005; El-Mallakh et al., 1991; Lemberg et al., 1989; Lewis et al., 1994; Patel et al., 2005; Peolidis, 2004). D'autres, encore moins nombreux, le font dans « l'avant-coup » de la grossesse, mais de manière indirecte, dans le cadre de réflexions étiologiques plus larges visant l'élaboration d'une compréhension globale des TCA (Corcos, 2000; Corcos et al., 1997; Lachcar, 1991; Rutherford et al., 1990). À notre connaissance, aucune étude ne s'est proposée jusqu'à maintenant d'explorer les particularités du désir d'enfant des jeunes femmes souffrant activement de TCA et des

¹ Cette prédominance du conflit narcissique sur les enjeux oedipiens s'inscrit dans la lignée des théories étiologiques récentes des TCA qui sont considérés comme des conduites addictives, se situant dans un registre narcissique ou limite (Corcos, 2000).

fantasmes que suscite chez elles la perspective de l'accès à la maternité. Ces aspects de leur univers fantasmatique demeurent méconnus et ce, malgré le fait que plusieurs auteurs aient clairement démontré l'existence de risques accrus –physiologiques et psychologiques– inhérents à la maternité dans un contexte de psychopathologie alimentaire (Abraham et al., 2001; Crow et al., 2004; Elfhag et al., 2005; Franko et al., 2001; Lai et al., 2006; Park et al., 2003a ; Rocco et al., 2005 ; Vigan, 1997).

TCA, maternité et représentations mentales

Le concept des représentations mentales apparaît intéressant et utile à l'exploration du monde fantasmatique et affectif que sollicite la perspective de la maternité.

Bien que la présentation détaillée du concept de représentation mentale dépasse largement le cadre de cet article, il importe de présenter brièvement les quelques définitions, schèmes théoriques et empiriques sur lesquels s'appuient notre propos ainsi que nos objectifs de recherche. En effet, nombreux sont les fondements théoriques, conceptualisations et définitions des représentations mentales proposés jusqu'à ce jour.

À notre avis, Ammaniti (1999) en résume bien l'essentiel en référant au texte-phare de Sandler et Rosenblatt (1962) dans lequel les auteurs font valoir le fait que le terme « représentation mentale » renvoie à deux concepts différents. Il désigne d'abord une organisation stable résultant de l'intégration de l'ensemble des images mentales, mais aussi des « dispositions relationnelles de soi et des autres »². Ce terme évoque ensuite les contenus et les caractéristiques cognitives et affectives associées à ces images qui évoluent et se (re)définissent au fil du temps et des expériences (Ammaniti, 1999). S'appuyant elle aussi sur l'élaboration théorique de Sandler et Rosenblatt (1962), Pola (1999) ajoute que les représentations mentales constituent un réseau de concepts et d'images durables du soi et

² Bien qu'Ammaniti ne définisse pas clairement ce à quoi réfèrent les « dispositions relationnelles de soi et des autres », il s'appuie sur les travaux de Kernberg pour illustrer son propos. Il évoque la contribution de l'auteur à l'élaboration des critères diagnostiques structuraux via la prise en compte de la capacité à distinguer ce qui provient de soi (représentations de soi) de ce qui provient d'autrui (représentation d'autrui).

de l'autre, un « monde représentationnel » sur lequel l'individu fonde sa perception et sa compréhension de l'environnement dans lequel il évolue. Zeanah et ses collaborateurs (1986, 1989) proposent une conceptualisation théorique qui, malgré certaines nuances, rejoint celle de Sandler et Rosenblatt (1962). Selon eux, les représentations mentales réfèrent à des structures mémorielles, à des constructions mentales stables et actives, faisant partie intégrante de la personnalité. Bien qu'inconscientes, ces constructions serviraient de repères à partir desquels l'individu instaurerait ses liens avec autrui (Zeanah, & Barton, 1989; Zeanah, Keener, & Anders, 1986). Ainsi, on peut concevoir les représentations mentales comme des « constructions non-aléatoires qui peuvent relever tout aussi bien de l'attribution, de la distorsion, des fantaisies que d'une perception *réaliste* de soi et d'autrui » (Tardif, 1998, p.26).

Le concept des représentations mentales est utilisé par plusieurs auteurs se consacrant à l'étude de la maternité et de la périnatalité afin de tenter d'accéder aux « perceptions maternelles », à la nature de l'attachement de la mère à son bébé et aux transmissions inter-générationnelles (Ammaniti, 1999; Benoît, Parker, & Zeanah, 1997; Fonagy, Steele, & Steele, 1991). Son intérêt principal réside dans l'accès qu'il permet à l'univers imaginaire et fantasmatique ainsi qu'aux affects qui y sont associés. Diverses grilles d'entretien semi-structurés ont été développées, dont *l'Entretien R*, élaboré par Stern et ses collaborateurs (1989), *l'Interview of Maternal Representations during Pregnancy* (IRMAG) développé par Ammaniti et ses collaborateurs en 1992, le *Working Model of the Child Interview* ou WMCI (Zeanah, & Benoît, 1995). S'inspirant des travaux de Kelly (1955), Saucier (1987) a, quant à lui, développé un questionnaire structuré intitulé *l'Adaptation de la Repertory Grid de Kelly au domaine de la périnatalité* (ARGK).

TCA, maternité et l'Adaptation de la Repertory Grid de Kelly au domaine de la périnatalité

Selon la théorie de Kelly (1955), la *Repertory Grid* permet l'élaboration d'une « carte » des représentations mentales d'un individu et donne ainsi accès à sa conceptualisation de lui-même et du monde environnant. Cette carte se construit au fil des

expériences de l'individu et des interprétations qu'il en fait; elle guide ses émotions tout comme ses réactions. L'auteur insiste sur l'aspect subjectif de cette carte qui se veut non pas un portrait fidèle de la réalité, mais bien le témoin d'un processus interprétatif propre à chacun, teinté d'enjeux affectifs. La *Repertory Grid* permettrait donc une élucidation méthodique de ce processus interprétatif. On cherche à identifier des caractéristiques descriptives fréquemment évoquées par l'individu (*les construits*) afin de penser et de qualifier les diverses personnes significatives qui l'entourent (*les éléments*). Ces caractéristiques sont de deux types, soit « relationnel », évoquant la façon de se relier à autrui, et « descriptif », évoquant la façon d'être en général.

Ayant été spécifiquement élaboré dans une visée d'application au domaine de la périnatalité, en plus d'avoir été conçu et validé en français, l'instrument de Saucier (1987) apparaît tout indiqué afin d'explorer les représentations mentales des jeunes femmes souffrant d'un TCA à l'égard d'un bébé qu'elles pourraient désirer, maintenant ou plus tard. De plus, cet instrument cerne diverses caractéristiques relationnelles et de personnalité rejoignant les principaux thèmes et enjeux conflictuels qui sont au cœur des théories étiologiques des TCA. Nous nous intéressons plus particulièrement aux représentations mentales de ce bébé, des diverses figures de la filiation maternelle et du conjoint idéal. Nous tenterons de cerner la manière dont le bébé s'inscrit dans la lignée des filiations maternelles.

Objectifs de recherche

Les connaissances actuelles concernant les craintes évoquées par l'éventualité d'une grossesse chez les femmes souffrant d'un TCA, les fantasmes suscités par cette perspective et les théories étiologiques des TCA démontrent l'importance de s'intéresser aux représentations mentales qu'entretiennent ces femmes quant au bébé imaginaire, mais aussi quant au monde représentationnel dans lequel s'inscrivent ces constructions. En effet, les craintes exprimées mentionnent le bébé à venir (p. ex., crainte d'endommager le fœtus en raison de l'alimentation problématique, crainte du développement d'un problème de poids

chez l'enfant), mais aussi les jeunes femmes s'imaginant devenir mère de ce bébé ainsi que le conjoint qu'elles imaginent avoir (p. ex., doute quant aux capacités d'offrir au bébé un maternage adéquat, crainte du désintérêt du conjoint à leur égard). La nature des fantasmes auxquels donne lieu cette perspective (p. ex., avoir un bébé de la mère) ainsi que les théories psychodynamiques soulignant l'importance des enjeux mère-fille dans l'étiologie des TCA (conflits d'ordre narcissique, rapport d'emprise, évitement de la rivalité mère-fille) témoignent de la nécessaire prise en compte de la mère. Ainsi, à l'étude des représentations mentales du bébé imaginaire s'ajoute nécessairement la considération des représentations mentales de soi, du conjoint à venir, de la mère (réelle) et d'une mère idéale afin de cerner la nature du monde représentationnel au sein duquel évolueront les représentations du bébé imaginaire. La mesure de la qualité du lien mère-fille s'impose également.

Le premier objectif de cette recherche consiste donc à comparer les représentations de soi et d'autrui (bébé imaginaire, mère réelle et idéale, conjoint idéal) des jeunes femmes souffrant d'un TCA à celles des jeunes femmes témoins. Le second objectif consiste à comparer les manières particulières aux jeunes femmes des deux groupes de percevoir les écarts distinguant deux représentations (p. ex., différences entre les groupes quant à la façon de percevoir l'écart entre soi-même et la mère idéale, entre le bébé imaginaire et la mère idéale etc.). Le premier objectif s'attarde donc aux différences intergroupes quant aux descriptions des représentations mentales alors que le second se penche sur les différences intergroupes quant à la façon de concevoir les interrelations de ces diverses représentations.

Méthode

Sujets

Quatre-vingt-trois jeunes femmes françaises âgées de 18 à 23 ans ont participé à cette étude. Quarante-deux d'entre elles souffraient d'un TCA (GR1) alors que les quarante et une autres ne présentaient aucune psychopathologie alimentaire (GR2). Les jeunes

femmes souffrant d'un TCA ont été recrutées à la consultation (clinique externe) du Service de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte de l'Institut Mutualiste Montsouris (Paris, France), après qu'un diagnostic de TCA³ ait été posé chez elles par le psychiatre traitant. Le groupe témoin est composé de jeunes femmes complétant des études en psychologie, à l'École de Psychologues Praticiens (Paris, France) ou en sciences infirmières, à l'École des Infirmières de l'Hôpital Antoine-Béclère (Clamart, France)⁴.

Instruments de mesure

Questionnaire de données socio-démographiques. Ce questionnaire-maison de 29 items, développé par l'équipe de recherche de l'Institut Mutualiste Montsouris, vise à connaître les principales caractéristiques socio-démographiques des sujets (données relatives à l'âge, à l'état civil, à la situation familiale, professionnelle et sociale).

Version française du Scoff Questionnaire (Version originale anglaise de Morgan, Reid et Lacey, 1999b; traduite en français par Bydlowski & Chambry, 2000). Ce questionnaire de cinq items vise à établir la présence ou non d'un TCA chez les participantes. Deux possibilités de réponses sont énoncées (oui ou non) et correspondent respectivement à des cotes de 1 et de 0. L'échelle étant composée d'un seul facteur, un score global est obtenu et peut varier entre 0 et 5. L'obtention d'un score de deux ou plus indique la présence probable d'un TCA. Il s'agit d'une mesure contrôle, visant à exclure du groupe témoin les jeunes femmes susceptibles de présenter des conduites alimentaires pathologiques.

M.I.N.I. 5.0 : MINI International Neuropsychiatric Interview –DSM-IV –, version française (Sheehan, Lecrubier, Sheehan, Amorim, Janavs, Weiller et al., 1998). Entretien semi-structuré élaboré à partir des critères diagnostiques du DSM-IV permettant de compléter

³ Anorexie de type *restrictif*; anorexie de type *avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs*; boulimie de type *avec vomissements ou prise de purgatifs*; boulimie de type *sans vomissements ou prise de purgatifs*, tels que définis selon les critères du DSM-IV.

⁴ Deux centres de recrutement des témoins, plutôt qu'un seul, ont été privilégiés afin d'éviter certains biais, difficilement identifiables, que pourraient induire le choix professionnel des témoins (c.-à.d. présence de « caractéristiques-types » chez les étudiantes en psychologie et/ou en sciences infirmières).

une évaluation psychiatrique standardisée, les critères diagnostiques des principales psychopathologies de l'axe I étant investigués. Cet entretien permet de confirmer l'absence de TCA chez les témoins et d'étoffer la description clinique des deux groupes.

Adaptation de la « Repertory Grid » de Kelly au domaine de la périnatalité (Saucier, 1987). Cette version adaptée de la *Repertory Grid* de Kelly (1955) au domaine de la périnatalité (Saucier, 1987) se veut une mesure quantitative des représentations mentales des sujets quant à des caractéristiques propres à diverses personnes significatives. Elle peut se concevoir comme une matrice à double entrée, constituée de dix *éléments* (re : personnes significatives) à l'axe vertical et de neuf *construits* (re : caractéristiques) à l'axe horizontal. Ainsi, on demande aux sujets de se prononcer sur neuf particularités (*sens des responsabilités, confiance en soi, équilibre, dépendance, anxiété, intrusion et/ou contrôle, soins offerts à autrui, intelligence et état de santé*) caractérisant divers membres de la famille (*vous-même, votre père, votre mère, votre conjoint, votre grand-mère maternelle*) et certains membres imaginaires –idéaux ou à venir- (*votre bébé quand il sera grand, la conjointe idéale selon vous, la femme idéale au travail selon vous, la mère idéale selon vous, le conjoint idéal selon vous*)⁵. Tous les construits sont présentés de manière bipolaire (re : *prend ses responsabilités* vs *ne prend pas ses responsabilités*). Les sujets doivent accorder une cote de 1 à 5 pour chaque combinaison « *construit-élément* » ; quatre-vingt-dix réponses sont donc attendues. Les directives transmises aux sujets indiquent la nécessité d'attribuer une cote à chaque combinaison et ce, même si certaines personnes mentionnées sont décédées ou inexistantes. On demande alors aux sujets de se remémorer d'anciens souvenirs ou d'inventer. Bien que l'instrument ait été administré dans son intégralité, certains « *éléments* » n'ont pas été retenus pour l'analyse des données puisqu'ils apparaissaient moins pertinents pour notre propos. Ainsi, n'ont été retenus que les éléments suivants: *vous-même, votre mère, votre bébé quand il sera grand, la mère idéale selon vous, le conjoint idéal selon vous*. Au moment de la saisie des données, certaines échelles

⁵ Trois éléments (re : femme idéale au travail, grand-mère maternelle et conjoint idéal) ont été ajoutés à la version initiale de Saucier (1987) par Tardif (1998) lors de la réalisation de sa recherche doctorale, sous la direction du premier. C'est cette version que nous avons privilégiée.

ont été renversées (c.-à-d. *dépendance, anxiété, intrusion et/ou contrôle*) de manière à ce que toutes les cotes élevées représentent un attribut désirable.

Inventaire des relations mère-fille –IRMF- (Inazu et Fox, 1980; version française de Achim). Cet auto-questionnaire comportant neuf items mesurant le soutien socio-émotionnel offert à la fille par sa mère ainsi que la qualité générale du lien mère-fille, tels que perçus par la fille. Diverses dimensions sont évaluées par cet instrument, notamment la présence ou non d'une communication ouverte entre mère et fille, la présence ou non d'incertitudes et d'ambiguïtés dans la description que fait la fille du lien à la mère ainsi que l'ambivalence manifestée par la fille à l'égard d'un rapprochement et d'une intimité mère-fille. Quatre possibilités de réponses sont énoncées (re : très en accord, plutôt en accord, plutôt en désaccord, très en désaccord) et correspondent respectivement à des cotes de 1 à 4. Dans sa version originale anglaise, l'échelle est composée d'un seul facteur, un score global est obtenu et il peut varier entre neuf et trente-six. Plus ce score s'avère élevé, plus le lien mère-fille est perçu de manière positive. L'intérêt de cet instrument réside dans le fait qu'il mesure la perception de la qualité du soutien maternel et de la communication mère-fille dans un contexte où il subsiste une relation d'autorité et où s'active la sexualité de la jeune fille. La version française de l'instrument démontre d'excellentes propriétés psychométriques (validité de structure ou *construct validity* : coefficients de corrélation variant entre 0,35 à 0,83 et coefficient *alpha de Cronbach* de 0,81), ce que nous avons présenté dans un travail antérieur (Laurier, Achim, Lafortune, Corcos, Guay, & Jeammet, sous presse). L'analyse factorielle de la version française trouve une solution à deux facteurs. Une première sous-échelle *-allocentrée-* regroupe des énoncés centrés sur la mère («*Ma mère ne semble pas me faire confiance*»). Elle comprend cinq items et son score peut varier entre 5 et 20. La seconde sous-échelle *-autocentrée-* regroupe des énoncés centrés sur la participante elle-même («*Je dis à ma mère seulement les choses que j'estime qu'elle peut entendre sans se fâcher*»). Elle comprend quatre items et son score peut varier entre 4 et 16.

Stratégies d'analyses statistiques

Des analyses descriptives ont d'abord été réalisées sur diverses variables socio-démographiques et cliniques.

De manière à atteindre les deux objectifs de l'étude, l'essentiel des analyses bivariées (chi-carré, tests -t) a porté sur les réponses données à l'ARGK. Or, il s'est avéré que les distributions de *réponses pour chacun des construits/ éléments* étaient généralement asymétriques, la courbe ayant parfois une forte pente descendante (grande proportion de réponse [1] ou [2]) ou une forte pente ascendante (grande proportion de réponses [4] ou [5]). C'est pourquoi il a fallu recoder les réponses de manière binomiale, 1, 2 et 3 étant regroupés sous la valeur «peu», 4 et 5 l'étant sous la valeur «très». Des chi² (ddl = 1) ont ensuite été réalisés afin d'établir s'il existe une différence entre les deux groupes. Par contre, les distributions d'*écarts entre deux éléments sur un même construit* de l'ARGK (p. ex., «vous-même versus votre mère» sous l'angle de la responsabilité) sont symétriques et normales. Ces différences peuvent varier entre -4 et +4. Leur moyenne se situe habituellement autour de 0 (c.-à-d. aucune différence entre deux éléments sur un même construit) et leur écart-type autour de 1. Dans ces conditions, il a donc été possible d'utiliser des tests -t de Student.

À l'Inventaire des relations mère-fille –IRMF-, les distributions de *réponses* sont également asymétriques, la courbe des valeurs pour l'échelle globale et chacune des deux sous-échelles ayant une forte pente ascendante, favorisant les appréciations positives. Les réponses ont de nouveau été recodées de manière binomiale, le point de coupure étant situé au 40^e rang percentile. Ainsi, pour le score global (pouvant aller de 9 à 36), les sujets obtenant moins de 28/36 ont été regroupés sous la valeur «perception d'une mauvaise relation», les autres étant considérées percevoir une «bonne relation». Pour le score *allocentré* (pouvant aller de 5 à 20), les jeunes femmes obtenant moins de 15/20 ont été regroupées sous la valeur «perception d'une mauvaise relation, par rapport à l'autre», les autres étant considérée percevoir une «bonne relation, par rapport à l'autre». Enfin, pour le

score *autocentré* (pouvant aller de 4 à 16), les jeunes femmes obtenant moins de 12/16 ont été regroupées sous la valeur «perception d'une mauvaise relation, par rapport à soi», les autres étant considérées percevoir une «bonne relation, par rapport à soi».

Puisqu'un grand nombre de tests statistiques a été réalisé, le seuil de signification a été corrigé, un alpha de 0,01 étant exigé. Dans les tableaux suivants, la légende devrait donc se lire * $p < 0,01$, ** $p < 0,001$ et *** $p < 0,000$. Des régressions logistiques ont ensuite été calculées avec les cinq variables les plus statistiquement significatives ($p < 0,001$ et $p < 0,000$) afin d'établir dans quelle mesure chacune d'entre elles prédit l'appartenance au groupe des TCA.

Résultats

Caractéristiques socio-démographiques

Les sujets sont âgées en moyenne de 19,9 ans (GR1 : 19,7 ans; GR2 : 20,2 ans). Elles habitent généralement chez leurs parents (GR1 : 52,4%; GR2 : 43,9%) ou seules (GR1 : 23,8%; GR2 : 22%). Une prédominance d'occupations professionnelles de type « cadre » ou « supérieur » est notée chez la majorité des pères des sujets (GR1 : 60,6%; GR2 : 56,1%) et chez certaines mères (GR1 : 35,3%; GR2 : 28,2%), démontrant ainsi la fréquente appartenance des sujets à un niveau socio-économique aisé. Cinquante-six pourcent des jeunes femmes du GR1 ont atteint un niveau de scolarisation minimal correspondant au baccalauréat du second degré (l'équivalent français du DEC québécois) alors qu'il en est de même pour 97,6% des jeunes femmes du GR2.

Caractéristiques cliniques

Des analyses descriptives ont été réalisées sur les données obtenues au M.I.N.I. Le groupe 1 se répartit ainsi : 26% d'anorexiques de *type restrictif*; 48% d'anorexiques de *type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs* ou boulimiques avec

antécédents d'anorexie mentale et 26% de boulimiques sans antécédent d'anorexie mentale. Une importante comorbidité est observée chez les jeunes femmes du GR1. En effet, la présence d'un TCA est étroitement associée à la présence de troubles de l'humeur (61,9%), particulièrement à l'épisode dépressif majeur (31%) et de troubles anxieux (64,3%), notamment à l'anxiété généralisée (35,7%), à la phobie sociale (24%) et à l'agoraphobie (21,5%). Ces résultats corroborent les données épidémiologiques les plus largement citées (Halmi, 2000)⁶. Notons également la présence d'une symptomatologie psychiatrique chez 21,9% des jeunes femmes du groupe témoin (5% de troubles de l'humeur se répartissant ainsi : épisode hypomaniaque : 2,5%; dysthymie : 2,5% ainsi que 17,1% de troubles anxieux se répartissant ainsi : trouble panique : 5%; agoraphobie : 5%; trouble obsessionnel-compulsif : 2,5%), des résultats concordant avec les statistiques de l'Organisation Mondiale pour la Santé⁷. Étant donné cette concordance, nous n'avons pas cru bon de rejeter systématiquement tout sujet présentant un quelconque diagnostic psychiatrique (à l'exclusion de ceux identifiés dans les critères généraux d'exclusion de la recherche) puisqu'un tel choix aurait risqué de biaiser les résultats. La comparaison des patientes à des sujets plus « asymptomatiques » que la normale aurait possiblement introduit d'emblée un écart entre les deux groupes.

Représentations mentales de soi, du bébé imaginaire, du conjoint idéal et des figures de la lignée maternelle

Les résultats de cette première série d'analyses sont présentés aux tableaux 1 à 5. Une figure est aussi présentée afin de faciliter la compréhension des résultats (Figure 1).

Vous-même. Lorsqu'on les compare à celles du groupe témoin, les jeunes femmes souffrant d'un TCA sont significativement plus nombreuses à se percevoir comme étant en mauvaise santé ($p < 0,000$), peu équilibrées ($p < 0,000$), peu confiantes en elles-mêmes ($p < 0,004$),

⁶ Se référer au chapitre de K. Halmi consacré aux TCA dans le *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (2000)*, Eds 7, vol. 1 pour une présentation plus détaillée de ces résultats.

⁷ L'OMS rapporte que 20% de la population générale souffrirait d'un trouble psychiatrique.

anxieuses ($p < 0,01$) et peu portées à prendre soin d'autrui ($p < 0,01$). Certaines tendances sont également notées quant à la plus grande proportion de jeunes femmes du groupe 1 à se représenter comme étant dépendantes ($p < 0,02$, ns), peu responsables ($p < 0,03$, ns) et peu intelligentes ($p < 0,04$, ns). Ces résultats témoignent clairement d'une représentation de soi plus abîmée chez les jeunes femmes souffrant d'un TCA que chez celles du groupe témoin.

Votre bébé lorsqu'il sera grand. Les résultats obtenus ne démontrent aucune différence intergroupe statistiquement significative. Néanmoins, les sujets du GR1 ont tendance à être plus nombreuses que celles du GR2 à s'imaginer un bébé ayant peu confiance en lui-même ($p < 0,03$, ns). Les résultats démontrent que les jeunes femmes des deux groupes se représentent le bébé imaginaire de façon similaire et très positive.

Votre mère. Les résultats obtenus démontrent que seuls les items confiance en soi et intelligence établissent des différences significatives. Une plus grande proportion de jeunes femmes souffrant d'un TCA perçoivent leur mère comme étant très intelligente ($p < 0,002$), mais aussi peu confiante ($p < 0,01$). Par rapport aux autres construits, les jeunes femmes des deux groupes se représentent leurs mères de façon assez similaire et plutôt ambivalente.

La mère idéale selon vous. Lorsqu'on les compare aux jeunes femmes du groupe témoin, celles souffrant d'un TCA se représentent, en plus grand nombre, la mère idéale comme étant très intelligente ($p < 0,000$), très responsable ($p < 0,007$) et en bon état de santé ($p < 0,007$). Sans que le seuil de signification ne soit atteint, on peut toutefois observer qu'elles ont aussi tendance à l'imaginer peu anxieuse ($p < 0,05$, ns). C'est donc dire que par rapport à trois des neuf construits, les jeunes femmes souffrant d'un TCA se représentent la mère idéale de manière significativement plus positive que les jeunes femmes du groupe témoin.

Le conjoint idéal selon vous. Aucune différence significative n'est notée entre les jeunes femmes des deux groupes. Elles se représentent donc le conjoint idéal de façon tout à fait similaire et fort positive. À titre illustratif, 93% (ou plus) des jeunes femmes des deux

groupes imaginent le conjoint idéal comme étant très responsable, très intelligent et en bonne santé alors que 90% d'entre elles l'imaginent très équilibré.

Insérer ici les tableaux 1 à 5 et la figure 1

Régression logistique

Suite à cette première série d'analyses bivariées réalisées à partir des réponses obtenues à l'ARGK, des coefficients de régression logistique ont été calculés afin d'apprécier dans quelle mesure chacune des variables précédemment établies comme étant significatives à un seuil de $p < 0,001$ (« *confiance en soi chez vous-même* », « *équilibre chez vous-même* », « *état de santé chez vous-même* », « *intelligence chez votre mère* » et « *intelligence chez la mère idéale selon vous* ») déterminent plus assurément l'appartenance des sujets au groupe des jeunes femmes souffrant d'un TCA. Les coefficients de Wald trouvés sont statistiquement significatifs pour les deux variables suivantes : « *équilibre chez vous-même* » ($p < 0,000$) et « *santé chez vous-même* » ($p < 0,005$). Les rapports de cotes ou « odds ratio » obtenues pour les différentes variables sont très élevés et se situent entre 17,81 pour « *équilibre chez vous-même* » et 17,91 pour « *santé chez vous-même* ». La présence cumulée de représentations de soi plus abîmées pour ces construits permet de classer correctement 86,7% des sujets.

Comparaisons entre les représentations mentales de soi, du bébé imaginaire, du conjoint idéal et des figures de la lignée maternelle

Des comparaisons ont été effectuées afin de mieux cerner les différences existant entre les jeunes femmes des deux groupes quant à leur façon de se représenter les écarts entre elles-mêmes, leur bébé lorsqu'il sera grand, le conjoint idéal et les figures maternelles –réelle et idéale-. Ces analyses ont été réalisées à l'aide d'une matrice comparant, deux à deux, chacun des éléments (p. ex., « *vous-même versus votre mère* », « *vous-même versus le conjoint idéal selon vous* », etc.) à partir des scores obtenus à chacun des construits (p. ex.,

«sous l'angle de la capacité à assumer des responsabilités», «sous l'angle de la confiance en soi», etc.) et d'un score cumulatif les regroupant tous les neufs. Nous référons à ce score lorsque nous évoquons la perception globale (p. ex., «vous-mêmes versus votre mère globalement»).

Bien qu'il soit complexe d'en rendre compte, de telles analyses s'avèrent intéressantes puisqu'elles permettent d'exploiter l'aspect systémique et matriciel de l'ARGK et de mettre en relation les représentations mentales de différentes figures réelles ou imaginaires. Les résultats de cette seconde série d'analyses sont présentés aux tableaux 6 à 15. À nouveau, des figures sont ajoutées afin de faciliter la compréhension des résultats (Figures 2 à 9).

Vous-même et votre bébé lorsqu'il sera grand. À plusieurs égards, les jeunes femmes des deux groupes ne se représentent pas les différences existant entre elles-mêmes et leur bébé imaginaire de façon semblable. Globalement, les jeunes femmes du groupe TCA se comparent plus défavorablement à leur bébé lorsqu'il sera grand (cumul des neuf construits [8,62] : elle-même < leur bébé lorsqu'il sera grand) que les jeunes femmes du groupe témoin (cumul des neuf construits [2,60] : elle-même < leur bébé lorsqu'il sera grand) ($p < 0,000$). L'écart noté chez les premières est plus désavantageux que celui observé chez les secondes et ce, à plusieurs niveaux : confiance en soi ($p < 0,01$), équilibre ($p < 0,000$), autonomie ($p < 0,01$), anxiété ($p < 0,000$) et état de santé ($p < 0,000$).

Vous-même et votre mère. Les jeunes femmes souffrant d'un TCA et celles du groupe témoin se représentent les écarts existant entre elles-mêmes et leurs mères de façon souvent différente. Globalement, les premières se comparent défavorablement à leurs mères (cumul des neuf construits [2,29] : elle-même < leur mère) alors que les secondes s'y comparent favorablement (cumul des neuf construits [2,75] : elle-même > leur mère) ($p < 0,001$). Sous l'angle de la capacité à assumer des responsabilités ($p < 0,01$), de l'équilibre ($p < 0,000$) et de l'intelligence ($p < 0,000$), les écarts constatés chez les jeunes femmes du GR1 sont désavantageux alors que ceux observés chez les jeunes femmes du GR2 sont avantageux.

Toutefois, l'écart perçu au niveau de l'état de santé ($p < 0,01$) est avantageux chez les sujets du groupe 1, mais l'est encore davantage chez celles du groupe témoin.

Vous-même et la mère idéale selon vous. Les jeunes femmes des deux groupes se représentent les différences existant entre elles-mêmes et la mère idéale de manière particulièrement distincte. De façon globale, les jeunes femmes souffrant d'un TCA se comparent de manière nettement défavorable à la mère idéale (cumul des neuf construits [10,45] : elle-même < la mère idéale) alors que celles du groupe témoin se comparent à cet idéal de façon assez similaire, quoique avantageuse (cumul des neuf construits [0,43] : elle-même > la mère idéale) ($p < 0,000$). L'écart observé chez les jeunes femmes du GR1 est nettement plus désavantageux que l'écart noté chez les sujets témoins au niveau de trois construits : confiance en soi ($p < 0,003$), autonomie ($p < 0,003$) et anxiété ($p < 0,000$). De plus, des écarts désavantageux chez les premières, mais avantageux chez les secondes sont notés au niveau des construits responsabilité ($p < 0,000$), équilibre ($p < 0,000$), intelligence ($p < 0,000$) et état de santé ($p < 0,000$).

Vous-même et le conjoint idéal selon vous. Les jeunes femmes des deux groupes se représentent les écarts existant entre elles-mêmes et le conjoint idéal de façon fort différente. Encore une fois, les sujets du GR1 se comparent globalement au conjoint idéal de manière plus défavorable (cumul des neuf construits [10,48] : elle-même < le conjoint idéal) que celles du groupe témoin (cumul des neuf construits [3,63] : elle-même < le conjoint idéal) ($p < 0,000$). L'écart observé est plus désavantageux chez les jeunes femmes souffrant d'un TCA que chez celles du groupe témoin à l'égard de la confiance en soi ($p < 0,002$), de l'équilibre ($p < 0,000$), de l'autonomie ($p < 0,002$), de l'anxiété ($p < 0,000$), de l'intelligence ($p < 0,009$) et enfin, de l'état de santé ($p < 0,000$).

Votre bébé lorsqu'il sera grand et votre mère. Peu de différences existent entre les jeunes femmes des deux groupes quant à leur façon de se représenter les écarts entre leur bébé imaginaire et leur mère. De façon globale, on n'observe aucune différence significative intergroupe dans la comparaison de ces deux éléments. Au niveau des construits, considérés

un à un, la seule différence notée entre les groupes se situe au niveau de l'intelligence, les jeunes femmes souffrant d'un TCA se représentant un écart avantageant moins leur bébé (intelligence [0,36] : leur bébé lorsqu'il sera grand > leur mère) que celui observé chez les jeunes femmes du groupe témoin (intelligence [1,17] : leur bébé lorsqu'il sera grand > leur mère) ($p < 0,003$).

Votre bébé lorsqu'il sera grand et la mère idéale selon vous. Les sujets des deux groupes se représentent les différences existant entre le bébé imaginaire et la mère idéale de façon fort divergente. Globalement, les jeunes femmes du groupe 1 comparent désavantageusement leur bébé lorsqu'il sera grand à la mère idéale (cumul des neuf construits [1,83] : leur bébé lorsqu'il sera grand < la mère idéale) que celles du groupe témoin qui, au contraire, se le représentent de façon avantageuse (cumul des neuf construits [3,03] : leur bébé lorsqu'il sera grand > la mère idéale) ($p < 0,000$). Il en est ainsi pour les écarts notés au niveau des responsabilités ($p < 0,007$), de l'anxiété ($p < 0,004$), de l'intelligence ($p < 0,000$) et de l'état de santé ($p < 0,000$).

Votre bébé lorsqu'il sera grand et le conjoint idéal selon vous. On observe aucune différence significative entre les jeunes femmes des deux groupes quant à leurs représentations des écarts existant entre le bébé imaginaire et le conjoint idéal et ce, tant au niveau global qu'à un niveau spécifique où les divers construits sont considérés individuellement.

Votre mère et la mère idéale selon vous. Les sujets des deux groupes se représentent les différences existant entre leur mère et la mère idéale de façon assez distincte. Globalement, les jeunes femmes du groupe TCA comparent leur mère (réelle) à la mère idéale de manière plus défavorable (cumul des neuf construits [8,17] : leur mère < mère idéale) que celles du groupe témoin (cumul des neuf construits [2,33] : leur mère < mère idéale) ($p < 0,000$). Au niveau de l'équilibre ($p < 0,001$), de l'anxiété ($p < 0,000$) et de l'état de santé ($p < 0,000$), l'écart est effectivement plus désavantageux chez les sujets TCA que l'écart noté chez les sujets témoins.

Votre mère et le conjoint idéal selon vous. Peu de différences existent entre les jeunes femmes des deux groupes quant à leur manière de se représenter les écarts entre leur mère et le conjoint idéal. De façon globale, on n'observe aucune différence significative intergroupe dans la comparaison de ces deux éléments. Le seul écart observé se situe au niveau de l'intelligence, les jeunes femmes souffrant d'un TCA se représentant un écart désavantageant moins leur mère (intelligence [0,45] : leur mère < conjoint idéal) que celui noté chez les sujets témoins (intelligence [1,20] : leur mère < conjoint idéal) ($p < 0,006$). Mentionnons qu'il s'agit de résultats tout à fait similaires à ceux obtenus lors de la comparaison des écarts intergroupes entre la mère et le bébé imaginaire.

La mère idéale selon vous et le conjoint idéal selon vous. Les sujets des deux groupes se représentent les différences existant entre la mère idéale et le conjoint idéal de façon fort distincte. Globalement, les jeunes femmes du groupe TCA se représentent la mère idéale et le conjoint idéal de manière assez similaire (cumul des neuf construits [0,02] : mère idéale < conjoint idéal) alors que celles du groupe témoin se représentent un écart désavantageant la mère idéale au profit du conjoint idéal (cumul des neuf construits [4,05] : mère idéale < conjoint idéal) ($p < 0,001$). Aux niveaux des construits responsabilité ($p < 0,01$) et anxiété ($p < 0,006$), l'écart noté est moins avantageux chez les jeunes femmes TCA que chez les sujets témoins. Néanmoins, les écarts observés aux plans de l'intelligence ($p < 0,000$) et de l'état de santé ($p < 0,000$) avantagent la mère idéale chez les sujets TCA alors qu'ils la désavantagent chez les sujets témoins.

Insérer ici les tableaux 6 à 15 et les figures 2 à 9

Régression logistique

Suite à cette seconde série d'analyses bivariées réalisées à partir des différences entre deux éléments à l'ARGK, des coefficients de régression logistique ont été calculés afin d'apprécier dans quelle mesure chacune des différences de scores cumulatifs précédemment établies comme étant significatives à un seuil de $p < 0,001$ («vous-même versus votre bébé

lorsqu'il sera grand globalement», «*vous-même versus votre mère globalement*», «*vous-même versus la mère idéale globalement*», «*vous-même versus le conjoint idéal globalement*», «*la mère idéale versus votre bébé lorsqu'il sera grand globalement*», «*la mère idéale versus votre mère globalement*», «*la mère idéale versus le conjoint idéal globalement*») déterminent plus assurément l'appartenance des sujets au groupe des jeunes femmes souffrant d'un TCA. Les coefficients de Wald trouvés sont statistiquement significatifs pour les deux variables suivantes : « *vous-même versus votre mère globalement* » ($p < 0,01$) et « *vous-même versus la mère idéale globalement* » ($p < 0,01$). Toutefois, les rapports de cotes ou « odds ratio » obtenues pour ces deux différences de scores cumulatifs sont faibles, se situant entre 0,81 («*vous-même versus votre mère globalement*») et 1,58 («*vous-même versus la mère idéale globalement*»), ce qui signifie, qu'ultimement, seul le second peut être considéré comme un facteur haussant la probabilité d'appartenir au GR1. Le modèle permet de classer correctement 84,1% des sujets.

Qualité du lien mère-fille

Lorsqu'on les compare à celles du groupe témoin, les jeunes femmes souffrant d'un TCA ont tendance à être plus nombreuses à évaluer de façon globale, le lien qu'elles entretiennent avec leurs mères de façon négative ($p < 0,03$, ns). Il en est de même pour les résultats obtenus à la sous-échelle *allocentrée* ($p < 0,03$, ns) évaluant la perception de la qualité du lien, par rapport à la mère. Cependant, à la sous-échelle *autocentrée* les jeunes femmes TCA sont significativement plus nombreuses à juger que le lien à leur mère est de mauvaise qualité ($p < 0,002$). Ces résultats sont présentés au tableau 16.

Discussion

Représentations mentales de soi et d'autrui : Une lignée maternelle sous le signe de la dévalorisation et de l'idéalisation

Les analyses démontrent d'abord la présence de représentations mentales similaires –fort positives– chez les jeunes femmes des deux groupes à l'égard de leur bébé lorsqu'il sera grand. Ces résultats s'avèrent surprenants dans la mesure où les travaux de Lemberg et Phillips (1989) et ceux de Lewis et le Grange (1994) auraient pu nous inciter à croire le contraire. Les craintes, exprimées par les jeunes femmes souffrant d'un TCA, de donner naissance à un bébé malformé, porteur de quelque chose de mauvais qu'elles lui aurait transmis ne s'incarnent pas dans la construction d'une représentation mentale d'un bébé abîmé. De telles craintes ont toutefois été explicitement formulées par certaines de ces jeunes femmes lors de leur participation au second volet de cette recherche (Achim, Lafortune, Laurier, Corcos, & Jeammet, à paraître). Le bébé y était également dépeint de façon différente par les participantes des deux groupes.

Contrairement aux résultats précédents, les représentations mentales de soi des jeunes femmes présentant une psychopathologie alimentaire se distinguent considérablement de celles qu'entretiennent les jeunes femmes du groupe témoin. À la différence des secondes, les premières sont aux prises avec des représentations mentales d'elles-mêmes très dévalorisées. De toutes celles auxquelles nous nous sommes intéressés, il s'agit des plus abîmées. Nos résultats (démontrant que les jeunes femmes souffrant d'un TCA se perçoivent comme étant peu responsables et peu portées à prendre soin d'autrui) rejoignent ici ceux de Lemberg et Phillips (1989) et de Lewis et le Grange (1994) à l'effet que ces jeunes femmes doutent de leur capacité à soigner adéquatement leur bébé à venir.

Les jeunes femmes des deux groupes se représentent leur mère de façon assez similaire et ambivalente. Elles diffèrent néanmoins quant à leur perception de l'intelligence et de la confiance en soi qui lui seraient propres. En effet, les jeunes femmes souffrant d'un

trouble alimentaire sont plus nombreuses à se représenter leur mère comme étant très intelligente, mais peu confiante alors qu'on remarque le contraire chez celles du groupe témoin. Si les représentations mentales de la mère (réelle) ont beaucoup en commun, celles de la mère idéale diffèrent. Les jeunes femmes du premier groupe sont habitées par la représentation d'une mère idéale plus parfaite que les jeunes femmes du second groupe. Cette « plus grande perfection » se situe au niveau du sens des responsabilités et de la santé, mais surtout -et à nouveau- du côté de l'intelligence, ce qui laisse croire qu'il s'agit là d'une dimension particulièrement investie par les jeunes femmes souffrant d'un TCA.

À l'instar des représentations mentales qu'elles entretiennent quant au bébé qu'elles pourraient avoir, les jeunes femmes des deux groupes ne diffèrent pas dans leur façon d'imaginer le conjoint idéal pour elles. Ce conjoint est représenté de façon très positive, à tous les égards. Ainsi, des trois figures imaginaires (c.-à-d. *votre bébé lorsqu'il sera grand, la mère idéale selon vous et le conjoint idéal selon vous*), seul l'élément « *mère idéale* » donne lieu à des constructions mentales différentes chez les jeunes femmes des deux groupes.

L'articulation de ces divers résultats permet de conclure que les jeunes femmes des deux groupes ne se distinguent pas dans leur façon de se représenter le bébé auquel elles pourraient éventuellement donner naissance ou le conjoint idéal avec qui elles pourraient souhaiter partager leur quotidien. Ce qui les distingue se situe ailleurs, dans la manière dont elles se représentent la lignée maternelle – *fille, mère et mère idéale*- dont serait issu ce bébé. C'est cette combinaison de représentations mentales – *soi-même très dévalorisée, mère perçue avec ambivalence et mère idéale très idéalisée*- qui caractérise l'univers fantasmatique des jeunes femmes souffrant d'un trouble alimentaire. La lignée maternelle se représente autrement chez les jeunes femmes du groupe témoin qui ne sont pas aux prises avec une conjugaison de constructions mentales d'elles-mêmes et de la mère idéale si extrêmes (abîmée ou idéalisée). Il est intéressant de noter que la représentation mentale du bébé imaginaire n'est pas teintée de ces différences majeures.

Comparaisons entre les représentations mentales de soi et d'autrui : Une filiation maternelle écrasante

L'intérêt principal de cette seconde série d'analyses, réalisées afin d'apprécier la façon dont les sujets se représentent les écarts existant entre les diverses figures auxquelles nous nous intéressons, réside dans le fait qu'il s'agit de comparaisons -ou mises en relation- faites a posteriori, à l'insu des sujets. Des comparaisons qui auraient pu être dépeintes autrement si une consigne claire à cet égard avait été privilégiée. Ces résultats enrichissent donc les premières conclusions exposées d'une dimension moins consciente ou, du moins, non-intentionnelle.

Plusieurs constats se dégagent avec force des différentes mises en relation de l'ensemble des figures réelles et imaginaires chez les jeunes femmes souffrant d'un trouble alimentaire. On note d'abord qu'elles tendent à se comparer aux autres -peu importe cet autre- de façon nettement défavorable et ce, tant à un niveau global (c.-à-d. à l'ensemble des construits) qu'à un niveau spécifique (c.-à-d. à chaque construit considéré individuellement). C'est donc dire qu'à leurs représentations mentales d'elles-mêmes abîmées s'ajoute une tendance à se déprécier par rapport aux autres. On observe ensuite chez ces mêmes jeunes femmes un mouvement inverse à l'égard de la mère idéale qui elle, supplante tous les autres, autant les figures réelles qu'imaginaires, et ce, à tous les égards. Cette supplantation s'avère particulièrement frappante lorsque la mère idéale est comparée à soi-même. Il en est ainsi pour la mère (réelle) qui, elle aussi, est écrasée par la représentation mentale d'une mère idéale parfaite, sans faille. Même lorsque mise en relation avec les autres figures imaginaires, la mère idéale domine. Cette domination demeure néanmoins minimale et mitigée (selon les construits) face au conjoint idéal qui est décrit de manière très semblable, voire presque identique à elle. Mère idéale et conjoint idéal ont donc beaucoup en commun. Des trois figures imaginaires, le bébé apparaît comme étant le moins idéalisé. Il supplante les figures réelles (« vous-même » et « votre mère »), mais de façon moins absolue que le font la mère idéale et le conjoint idéal, laissant ainsi place à quelques imperfections.

Les écarts notés entre les représentations mentales qu'entretiennent les jeunes femmes du groupe témoin à l'égard des divers personnages, réels ou imaginaires, se présentent tout autrement. De façon générale, ces jeunes femmes se comparent défavorablement au bébé qu'elles pourraient avoir lorsqu'il sera grand ainsi qu'au conjoint idéal qu'elles imaginent pour elles, mais elles surclassent leur mère *et* la mère idéale. C'est la représentation du conjoint idéal qui s'avère la plus favorisée par ces jeunes femmes, déclassant ainsi toutes les figures imaginaires et réelles, tant globalement (c.-à-d. pour l'ensemble des construits) que de manière spécifique (c.-à-d. pour chaque construit considéré individuellement). Vient ensuite leur bébé lorsqu'il sera grand, décrit plus avantageusement que les figures réelles, mais aussi, que la mère idéale. Mentionnons enfin qu'à l'instar des jeunes femmes issues du premier groupe, on observe chez celles du second un déclassement de leur mère par la mère idéale, mais nettement moins marqué.

La prise en compte des résultats concernant les représentations mentales des figures maternelles (réelle et imaginaire) à la lumière des résultats obtenus à l'IRMF s'avère des plus intéressante. En effet, les résultats obtenus à *l'Inventaire des relations mère-fille* démontrent que les jeunes femmes souffrant d'un TCA sont plus nombreuses que celles du groupe témoin à évaluer négativement la qualité du lien les unissant à leur mère. Pourtant, les représentations mentales que se sont construites les jeunes femmes des deux groupes à l'égard de leur mère sont assez similaires. La différence réside plutôt dans les écarts constatés entre leur mère et la mère idéale qu'elles imaginent. Ces résultats nous permettent de faire l'hypothèse que la relation mère-fille est plus fréquemment perçue comme étant mauvaise par les jeunes femmes souffrant d'un TCA que par celles du groupe témoin non pas parce que les premières sont aux prises avec une représentation mentale d'une mère moins bien, mais plutôt parce que cette mère n'est pas à la hauteur de l'idéal de mère qu'elles se sont construites et qu'elles souhaiteraient avoir. Les jeunes femmes du groupe témoin n'étant pas habitées par un idéal maternel aussi absolu et contraignant, la mère réelle profite donc d'une plus grande latitude pour être satisfaisante.

L'articulation de l'ensemble des résultats obtenus dans notre étude permet d'identifier deux univers représentationnels bien différents et particuliers aux jeunes femmes appartenant à chacun des deux groupes.

Si les jeunes femmes souffrant d'un TCA ne se distinguent pas de celles du groupe témoin quant à leur façon de se représenter leur bébé lorsqu'il sera grand, elles s'en écartent clairement par leur manière de se représenter la lignée maternelle, les exigences qui la sous-tendent et leur façon de s'y inscrire. La présence concomitante d'une combinaison de représentations mentales explosive –fille très dévalorisée, mère perçue avec ambivalence et mère idéale très idéalisée-, d'écarts spécifiques entre les représentations mentales des diverses figures de la filiation maternelle et de l'évaluation négative du lien qui unit mère et fille en témoignent. Ainsi, on peut penser que ces jeunes femmes auront du mal à s'imaginer devenir mère, ayant une représentation d'elle-même fort abîmée qui risque de ne pas faire le poids face à celle d'une mère idéale infaillible ou, peut-on ajouter, d'un lien mère-enfant idéalisé. On peut également envisager qu'elles ne pourront s'appuyer sur un modèle identificatoire valorisé ou sur un lien satisfaisant à leur mère pour construire leur propre identité maternelle. Les représentations mentales de la filiation maternelle apparaissent donc sous le signe du clivage, de l'idéal et du dévalorisé. Ces résultats fournissent, à notre avis, une avenue intéressante afin de rendre compte de la présence fréquente d'une dépression postnatale chez les jeunes femmes souffrant d'un TCA (Abraham, 1998; Lai et al., 2006; Mazzeo et al., 2006).

À cette filiation se greffe une représentation d'un conjoint idéal superposable à celle de la mère idéale. Cette correspondance presque exacte nous porte à croire que ce conjoint se situerait davantage du côté de la filiation maternelle que du côté d'un tiers séparateur. Une telle représentation du conjoint idéal risque de s'avérer écrasante plutôt que d'incarner un ancrage sur lequel s'appuyer pour tenter de s'éloigner d'une filiation contraignante et construire quelque chose de différent.

Les représentations de la filiation maternelle se déploient tout autrement chez les jeunes femmes du groupe témoin. Ici, on constate plutôt la présence d'une combinaison de représentations mentales plus nuancées et ambivalentes, d'écarts moins marqués entre les représentations mentales des figures de la filiation maternelle ainsi qu'une évaluation plutôt positive du lien mère-fille. Ainsi, les jeunes femmes de ce groupe sont habitées par une représentation d'elles-mêmes plutôt positive, pouvant se mesurer à un idéal maternel accessible avec lequel elles partagent plusieurs caractéristiques. La filiation maternelle apparaît donc moins contraignante et plus ambivalente, laissant place à une éventuelle élaboration d'une identité maternelle. On peut imaginer que ces jeunes femmes ne doutent pas trop de leur capacité à devenir mère, étant en mesure de prendre appui sur leurs propres ressources, sur des représentations maternelles (réelle et imaginaire) suffisantes et imparfaites ainsi que sur un lien mère-fille assez satisfaisant. L'idéal semble se situer ailleurs, non pas du côté de la filiation maternelle mais plutôt du côté de ce qu'elles construiront avec un tiers. Il s'agit là d'une distinction fondamentale que démontrent nos résultats. L'idéalisation du conjoint idéal et du bébé qu'elles pourraient avoir, leur surclassement de tous les autres éléments donnent à penser que ce sont bien davantage les projets conjugal et familial qui sont investis de manière idéalisée par les jeunes femmes du groupe témoin que le désir d'entretenir un lien parfait avec une mère idéale.

Les résultats obtenus vont dans le sens des quelques études présentées concernant l'expérience de la maternité et/ou le sens que prendrait cette éventualité chez les jeunes femmes souffrant d'un TCA. Mentionnons d'abord la présence des enjeux narcissiques imprégnant les représentations mentales de la filiation maternelle, des enjeux qui sont au cœur des théories étiologiques actuelles des TCA (Brusset, 1998; Jeammet, & Corcos, 1999; Marinov, 2001). S'appuyant sur la théorie de Corcos (2000), il est possible de faire l'hypothèse que la conjugaison de représentations de soi disqualifiées et d'un idéal maternel inaccessible puissent témoigner de l'impasse de la rivalité mère-fille. La dévalorisation de soi au profit de l'idéalisation de la mère idéale pourrait en ce sens protéger les jeunes femmes souffrant d'un TCA d'avoir à se positionner en rivale potentielle de la mère. Ainsi, entretenir une représentation de soi invalidée, incapable et irresponsable permettrait à ces

jeunes femmes de se maintenir dans une position infantile face à la mère. Les résultats obtenus par Patel et ses collaborateurs (2005) démontrant que les jeunes mères souffrant d'un TCA ont tendance à percevoir chez autrui (ou peut-on penser à projeter sur autrui?) un jugement critique et négatif à l'égard de leur identité maternelle, appuient selon nous, une telle proposition théorique.

La correspondance presque exacte du conjoint idéal avec la mère idéale et donc son inscription dans la lignée maternelle rappelle ensuite les propos de Lachcar (1991) et de Corcos (2000) voulant que le désir d'enfant qui habitent les jeunes femmes souffrant d'un TCA en soit un de la mère et non du père. Ainsi, la perspective de la maternité semble porteuse d'un mouvement régressif pour les jeunes femmes souffrant d'une psychopathologie alimentaire, d'une recherche de retour en arrière visant, à travers l'imagination d'un conjoint idéal cloné sur le modèle de la mère idéale, la réparation d'un lien mère-fille jugé insuffisant et insatisfaisant. Dans le contexte où le conjoint représenterait davantage un substitut de la mère idéale plutôt qu'un tiers séparateur, il est possible de s'interroger quant au sens que prennent les résultats de Lemberg et Phillips (1989). En effet, la crainte qu'expriment les jeunes quant au possible désintérêt du conjoint à leur égard pourrait être envisagée de deux façons. D'une part, elle pourrait témoigner d'un mécanisme de projection, ces jeunes femmes étant à risque de chercher à se fondre dans un lien fusionnel et réparateur avec le bébé, laissant ainsi peu de place pour un tiers. D'autre part, cette crainte pourrait traduire l'appréhension d'être remplacée par un bébé plus intéressant qu'elles aux yeux d'un « conjoint-mère ». L'arrivée du bébé pourrait s'avérer menaçante et risquer de briser le lien exclusif l'unissant au conjoint.

Si l'on accepte l'hypothèse selon laquelle des fantasmes régressifs sous-tendent la perspective de la maternité chez les jeunes femmes souffrant d'un TCA, nos résultats diffèrent de ceux obtenus par Delos-Santos (2005) démontrant que la grossesse permet le développement d'une identité maternelle qui prend le pas sur l'identité boulimique. Le développement d'une éventuelle identité maternelle semble bien loin d'être accessible à nos sujets présentant une psychopathologie alimentaire. Soulignons néanmoins que la prise en

charge clinique dont elles font l'objet ainsi que le travail psychothérapeutique dans lequel elles sont engagées pourraient permettre à ces jeunes femmes d'y avoir accès ultérieurement. De plus, les enjeux du développement psychosexuel étant remaniés lors de la grossesse (Bergeret-Amselek, 1997; Debray, 1996), il est probable que l'univers représentationnel se présentent autrement à ce moment.

Conclusion

Limites méthodologiques

Certaines limites méthodologiques restreignent la généralisation de nos résultats. La principale concerne la nature de l'échantillon, composée de jeunes souffrant de divers types de TCA (anorexiques restrictives, anorexiques-boulimiques et boulimiques). Bien qu'il aurait ajouté à la rigueur de notre étude, le scindement de notre échantillon TCA en trois sous-groupes aurait compromis la puissance de nos analyses statistiques. La reproduction de notre étude avec des échantillons distincts pourrait s'avérer intéressante.

Le choix de l'ARGK (Saucier, 1987) dans l'étude de la perspective de la maternité comporte également certains désavantages, notamment l'absence de construits évoquant spécifiquement les enjeux propres aux TCA. Ainsi, il aurait été intéressant que les jeunes femmes se représentent le bébé à venir, tout comme les figures de la lignée maternelle selon les construits évoquant le poids, la recherche de la minceur, le perfectionnisme etc. De plus, la formulation de l'élément « *votre bébé lorsqu'il sera grand* » ne nous apparaît pas optimale au sens où elle permet d'évincer tout ce qui concerne le bébé qu'elle pourrait porter ou leur nourrisson.

Perspectives futures

À la lumière des résultats obtenus, il apparaît pertinent de réaliser des études longitudinales incluant les trois « temps » de la maternité. Plusieurs travaux se sont penchés

jusqu'à maintenant sur le déroulement de la grossesse en présence d'un TCA ainsi que sur le devenir de ces mères et de leur progéniture. À notre connaissance, aucune d'entre elles ne s'est toutefois intéressée à ce qui précédait la conception. Pourtant, nous sommes d'avis que les résultats obtenus à notre recherche fournissent certaines pistes afin de mieux saisir les mécanismes sous-tendant divers constats relevés dans les écrits présentés.

Références

- Abraham, S. (1998). Sexuality and reproduction in bulimia nervosa patients over 10 years. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(3-4), 491-502
- Abraham, S., Taylor, A., & Conti, J. (2001). Postnatal depression, eating, exercise and vomiting before and during pregnancy. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 482-487.
- Agman, G., Corcos, M., & Jeammet, P. (1994). Troubles des conduites alimentaires. *Encyclopédie médico-chirurgicale*. 37-350-A-10, 1-16.
- American Psychiatric Association. (1996). *DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd.) (version internationale) (Washington, DC, 1995). Traduction française par J. D. Guelfi et al., Masson : Paris.
- Ammaniti, M. (1999). Comment évaluer et codifier les représentations pendant la grossesse. Dans M. Ammaniti, C. Candelori, M. Pola, & R. Tambelli (Éds). *Maternité et grossesse* (pp. 37-43). Paris : PUF.
- Ammaniti, M., Baumgartner, E., Candelori, C., Perucchini, P., Pola, M., Tambelli, R., & Zampino, R. (1992). Representations and narratives during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 13(2), 176-182.
- Benoît, D., Parker, K. C. H., & Zeanah, C. H. (1997). Mothers' representations of their infants assessed prenatally: Stability and association with infants' attachment classifications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(3), 307-313.
- Bergeret-Amselek, C. (1997). *Le mystère des mères*. Paris: Desclée de Brouwer
- Birmingham, C. L., & Beumont, P. (2004). *Medical management of eating disorders: A practical handbook for health care professionals*. New York: Cambridge University Press.
- Blais, M. A., Becker, A. E., Burwell, R. A., Flores, A. T., Nussbaum, K. M., Greenwood, D. N., Ekeblad, E. R., & Herzog, D. B. (2000). Pregnancy : Outcome and impact on symptomatology in a cohort of eating-disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 140-149.
- Brinch, M., Isager, T., & Tolstrup, K. (1988). Anorexia nervosa and motherhood: Reproduction pattern and mothering behavior of 50 women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77(5), 611-617.

- Bruch, H. (1978). *The golden cage : The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge : Harvard University Press.
- Brusset, B. (1998). *Psychopathologie de l'anorexie mentale*. Paris: PUF.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. L., Pickering, A., Dawn, A., & McCullin, M. (1999). Fertility and reproduction in women with anorexia nervosa: A controlled study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(2), 130-135.
- Bydlowski, M. (2003). Facteurs psychologiques dans l'infertilité féminine. *Gynécologie obstétrique et fertilité*, 31, 246-251.
- Corcos, M. (2000). *Le corps absent : Approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires*. Dunod : Paris.
- Corcos, M., Girardon, N., Granet, P., Cayol, V., & Jeammet, P. (1997). Troubles des conduites alimentaires, grossesse et infertilité : Revue de la littérature et perspectives. *Annales médico-psychologiques*, 155(7), 425-435.
- Crow, S. J., Keel, P. K., Thuras, P., & Mitchell, J. E. (2004). Bulimia symptoms and other risk behaviors during pregnancy in women with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 36(2), 220-223.
- Debray, R. (1996). *Clinique de l'expression somatique: Psychanalyse des liens psyché-soma*. Paris: Delachaux et Niestlé.
- Delos-Santos, D. A. (2005). The experience of pregnancy and the development of maternal identity in women recovering from bulimia nervosa. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 65(9-B), (US: University Microfilms International).
- El-Mallakh, R. S., & Tasman, A. (1991). Recurrent abortions in a bulimic : Implications regarding pathogenesis. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 215-219.
- Elfhag, K., & Linne, Y. (2005). Gender differences in associations of eating pathology between mothers and their adolescent offspring. *Obesity Research*, 13(6), 1070-1076.
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 891-905.

- Franko, D. L., Blais, M. A., Becker, A. E., Delinsky, S. S., Greenwood, D. N., Flores, A. T., Ekeblad, E. R., Eddy, K. T., & Herzog, D. B. (2001). Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1461-1466.
- Garfinkel, P. E., & Garner, D. (1982). *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. New York : Bruner/Mazel.
- Halmi, K. A. (2000). Eating Disorders. Dans B. J. Sadock, & V. A. Sadock (Éds). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, vol. 2, (pp.1663-1676). New York : Lippincott, Williams & Wilkins.
- Inazu, J. K., & Fox, G. L. (1980). Maternal influence on the sexual behavior of teen-age daughters. *Journal of Family Issues*, 1, 81-102.
- Jeammet, P., & Corcos, M. (1999). Évaluation et prise en charge des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence : L'expérience française. *PRISME*, 30, 28-50.
- Kaplan, R. (1999). Anorexia nervosa, infertility, and pregnancy. *Medical Journal of Australia*, 171(7), 391-392.
- Kelly, G. A. (1955). *The Psychology of Personal Constructs* : vols. 1 and 2. New York : Norton.
- Kouba, S., Hallstrom, T., Lindholm, C., & Hirschberg, A. L. (2005). Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstetrics and Gynecology*, 105(2), 255-260.
- Lachcar, P. (1991). Ambivalence du désir d'enfant chez l'adolescente. *Gynécologie et psychosomatique*, 1, 5-8.
- Lai, B. P., Tang, C. S., & Tse, W. K. (2006). A longitudinal study investigating disordered eating during the transition to motherhood among Chinese women in Hong Kong. *International Journal of Eating Disorders*, 39(4), 303-311.
- Larsson, G., & Andersson-Ellström, A. (2003). Experiences of pregnancy-related body shape changes and of breast-feeding in women with a history of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 11, 116-124.
- Laurier, C., Achim, J., Lafortune, D., Corcos, M., Guay, J. P., & Jeammet, P. (2005/sous presse). L'Inventaire des relations mère-fille : Validation de la

traduction française du « Mother-Daughter Relationship Inventory » de Inazu et Fox. *L'Encéphale*/ Manuscrit soumis pour publication.

- Lemberg, R., & Phillips, J. (1989). The impact of pregnancy on anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 8(3), 285-295.
- Levine, M. P., & Smolak, L. (2006). *The prevention of eating problems and eating disorders: Theory, research, and practice*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Lewis, L., & le Grange, D. (1994). The experience and impact of pregnancy in bulimia nervosa: A series of case studies. *European Eating Disorders Review*, 2(2), 93-105.
- Little, L., & Lowkes, E. (2000). Critical issues in the care of pregnant women with eating disorders and the impact on their children. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 45(4), 301-307.
- Marinov, V. (2001). Le narcissisme dans les troubles de conduits alimentaires. Dans V. Marinov (Éds), *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques* (pp. 37-69). Paris: PUF.
- Mazzeo, S. E., Landt, M. C., Jones, I., Mitchell, K., Kendler, K. S., Neale, M. C., Aggen, S. H., & Bulik, C. M. (2006). Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women. *International Journal of Eating Disorders*, 39(3), 202-211.
- Mitchell-Gielegheem, A., Mittelstaedt, M. E., & Bulik, C. M. (2002). Eating disorders and childbearing: Concealment and consequences. *Birth*, 29(3), 182-191.
- Morgan, J. F., Lacey, J. H., & Sedgwick, P. M. (1999a). Impact of pregnancy on bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 174, 135-140.
- Morgan, J. F., Reid, F., & Lacey, J. H. (1999b). The SCOFF questionnaire: Assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal*, 319, 1467-1468.
- Morrill, E. S., & Nickols-Richardson, H. M. (2001). Bulimia nervosa during pregnancy: A review. *Journal of the American Dietetic Association*, 101(4), 448-454.
- Park, R. J., Lee, A., Woolley, H., Murray, L., & Stein, A. (2003b). Children's representation of family mealtime in the context of maternal eating disorders. *Child Care, Health and Development*, 29(2), 111-119.

- Park, R. J., Senior, R., & Stein, A. (2003a). The offspring of mothers with eating disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12(1), 110-119.
- Patel, P., Lee, J., Wheatcroft, R., Barnes, J. et Stein, A. (2005). Concerns about body shape and weight in the postpartum period and their relation to women's self-identification. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 23(4), 347-364.
- Peolidis, M. (2004). La maternité chez des femmes ayant été anorexiques mentales à l'adolescence. *Carnet psy*, 90, 26-29.
- Pola, M. (1999). Les contributions psychologiques et psychanalytiques relatives à la grossesse. Dans M. Ammaniti, C. Candelori, M. Pola, & R. Tambelli (Éds). *Maternité et grossesse* (pp. 7-20). Paris : PUF.
- Rocco, P. L., Orbitello, B., Perini, L., Pera, V., Ciano, R. P., & Balestrieri, M. (2005). Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders : A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 59(3), 175-179.
- Rutherford, J., & Russell, G. F. (1990). Anorexia nervosa and baby gazing. *British Journal of Psychiatry*, 156, 898-901.
- Sandler, J. & Rosenblatt, B. (1962). The concept of representational world. *The Psychoanalytical Study of The Child*, 17, 128-145.
- Saucier, J. F. (1987). Le bébé imaginaire est-il une pure invention de psychanalyste ? Dans : Y Gauthier, S. Lebovici, P. Mazet & J. P. Vizier (Éds). *Tragédies à l'aube de la vie*. pp. 19-39. Paris : Bayard
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-33.
- Stern, D. N., Robert-Tissot, C., Besson, G., Rusconi-Serpa, S., de Muralt, M., Cramer, B., & Palacio-Espasa, F. (1989). L'« Entretien R » : Une méthode d'évaluation des représentations maternelles. Dans S. Lebovici, P. Mazet, & J. P. Visier (Éds), *L'Évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires* (pp. 152-177). Paris : Edition Médecine et hygiène.
- Tardif, G. (1998). *Contribution des représentations mentales de soi et d'objet au début de la grossesse à l'identification de la dépression postnatale non-psychotique :*

Exploration d'une nouvelle avenue. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal.

Treasure, J., Schmidt, U., & van Furth, E. (2003). *Handbook of Eating Disorders, Second Edition.* New York: John Wiley and Sons, Ltd.

Vigan, C. (1997). *Antécédents de troubles de la conduite alimentaire dans les infertilités inexplicées.* Mémoire de DEA « Psychopathologie et neurobiologie du développement et des comportements » inédit. Université Paris VI.

Zeanah, C. H., & Barton, M. L. (1989). Introduction : Internal representations and parent-child relationships. *Infant Mental Health Journal, 10*, 135-141.

Zeanah, C. H., & Benoît, D. (1995). Clinical applications of a parent perception interview in infant mental health. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 4*(3), 539-554.

Zeanah, C. H., Keener, M. A., & Anders, T. F. (1986). Adolescent mothers' perception prenatal fantasies and working models of their of infant. *Psychiatry, 49*, 193-203.

Tableau 1

Comparaison des cas et des témoins sur l'élément « *Vous-mêmes* » de l'ARGK

		Cas	Témoins	Total	χ^2
Sens de responsabilités	Peu responsable	17	7	24	0,03
	Responsable	25	34	59	
Confiance en soi	Peu confiante	36	23	59	0,004*
	Confiante	6	18	24	
Équilibre	Peu équilibrée	32	6	38	0,000***
	Équilibrée	10	35	45	
Dépendance	Dépendante	27	15	42	0,02
	Indépendante	15	26	41	
Anxiété	Tendue	33	20	53	0,01*
	Détendue	9	20	29	
Intrusion/contrôle	Décide pour les autres	22	21	43	1,00
	Se mêle de ses affaires	20	20	40	
Soins aux autres	Peu portée à prendre soin d'autrui	7	0	7	0,01*
	Portée à prendre soin d'autrui	35	41	76	
Intelligence	Peu intelligente	14	5	19	0,04
	Intelligente	28	36	64	
État de santé	Santé fragile	24	3	27	0,000***
	Bonne santé	18	38	56	

* $p < 0.01$. ** $p < 0.001$. *** $p < 0.000$.

Tableau 2

Comparaison des cas et des témoins sur l'élément
« *Votre bébé lorsqu'il sera grand* » de l'ARGK

		Cas	Témoins	Total	χ^2
Sens de responsabilités	Peu responsable	5	5	10	1,00
	Responsable	37	36	73	
Confiance en soi	Peu confiant	18	8	26	0,03
	Confiant	24	33	57	
Équilibre	Peu équilibré	10	5	15	0,25
	Équilibré	32	36	68	
Dépendance	Dépendant	11	9	20	0,80
	Indépendant	31	32	63	
Anxiété	Tendu	12	9	21	0,62
	Détendu	30	31	61	
Intrusion/contrôle	Décide pour les autres	17	18	35	0,83
	Se mêle de ses affaires	25	23	48	
Soins aux autres	Peu porté à prendre soin d'autrui	7	4	11	0,52
	Porté à prendre soin d'autrui	35	37	72	
Intelligence	Peu intelligent	2	3	5	0,68
	Intelligent	40	38	78	
État de santé	Santé fragile	3	0	3	0,24
	Bonne santé	39	41	80	

* $p < 0.01$. ** $p < 0.001$. *** $p < 0.000$.

Tableau 3

Comparaison des cas et des témoins sur l'élément « *Votre mère* » de l'ARGK

		Cas	Témoins	Total	χ^2
Sens de responsabilités	Peu responsable	11	15	26	0,35
	Responsable	31	26	57	
Confiance en soi	Peu confiante	29	16	45	0,01*
	Confiante	13	25	38	
Équilibre	Peu équilibrée	21	17	38	0,51
	Équilibrée	21	24	45	
Dépendance	Dépendante	19	10	29	0,07
	Indépendante	23	31	54	
Anxiété	Tendue	31	27	58	0,63
	Détendue	11	13	24	
Intrusion/contrôle	Décide pour les autres	28	27	55	1,00
	Se mêle de ses affaires	14	14	28	
Soins aux autres	Peu portée à prendre soin d'autrui	6	3	9	0,48
	Portée à prendre soin d'autrui	36	38	74	
Intelligence	Peu intelligente	7	20	27	0,002*
	Intelligente	35	21	56	
État de santé	Santé fragile	23	23	46	1,00
	Bonne santé	19	18	37	

* $p < 0.01$. ** $p < 0.001$. *** $p < 0.000$.

Tableau 4

Comparaison des cas et des témoins sur l'élément
« *La mère idéale selon vous* » de l'ARGK

		Cas	Témoins	Total	χ^2
Sens de responsabilités	Peu responsable	2	11	13	0,007*
	Responsable	40	30	70	
Confiance en soi	Peu confiante	10	7	17	0,59
	Confiante	32	34	66	
Équilibre	Peu équilibrée	5	9	14	0,25
	Équilibrée	37	32	69	
Dépendance	Dépendante	7	7	14	1,00
	Indépendante	35	34	69	
Anxiété	Tendue	7	15	22	0,05
	Détendue	35	25	60	
Intrusion/contrôle	Décide pour les autres	21	23	44	0,66
	Se mêle de ses affaires	21	18	39	
Soins aux autres	Peu portée à prendre soin d'autrui	4	2	6	0,68
	Portée à prendre soin d'autrui	38	39	77	
Intelligence	Peu intelligente	1	14	15	0,000***
	Intelligente	41	27	68	
État de santé	Santé fragile	2	11	13	0,007*
	Bonne santé	40	30	70	

* $p < 0.01$. ** $p < 0.001$. *** $p < 0.000$.

Tableau 5

Comparaison des cas et des témoins sur l'élément
« *Le conjoint idéal selon vous* » de l'ARGK

		Cas	Témoins	Total	χ^2
Sens de responsabilités	Peu responsable	2	2	4	1,00
	Responsable	40	39	79	
Confiance en soi	Peu confiant	10	7	17	0,59
	Confiant	32	34	66	
Équilibre	Peu équilibré	4	4	8	1,00
	Équilibré	38	37	75	
Dépendance	Dépendant	6	7	13	0,77
	Indépendant	36	34	70	
Anxiété	Tendu	7	6	13	1,00
	Détendu	35	34	69	
Intrusion/contrôle	Décide pour les autres	17	20	37	0,51
	Se mêle de ses affaires	25	21	46	
Soins aux autres	Peu porté à prendre soin d'autrui	6	2	8	0,27
	Porté à prendre soin d'autrui	36	39	75	
Intelligence	Peu intelligent	2	3	5	0,68
	Intelligent	40	38	78	
État de santé	Santé fragile	2	0	2	0,49
	Bonne santé	40	41	81	

* $p < 0.01$. ** $p < 0.001$. *** $p < 0.000$.

Figure 1

Représentations mentales de soi et d'autrui en fonction des divers construits :
Illustration des résultats des cas en comparaison aux témoins

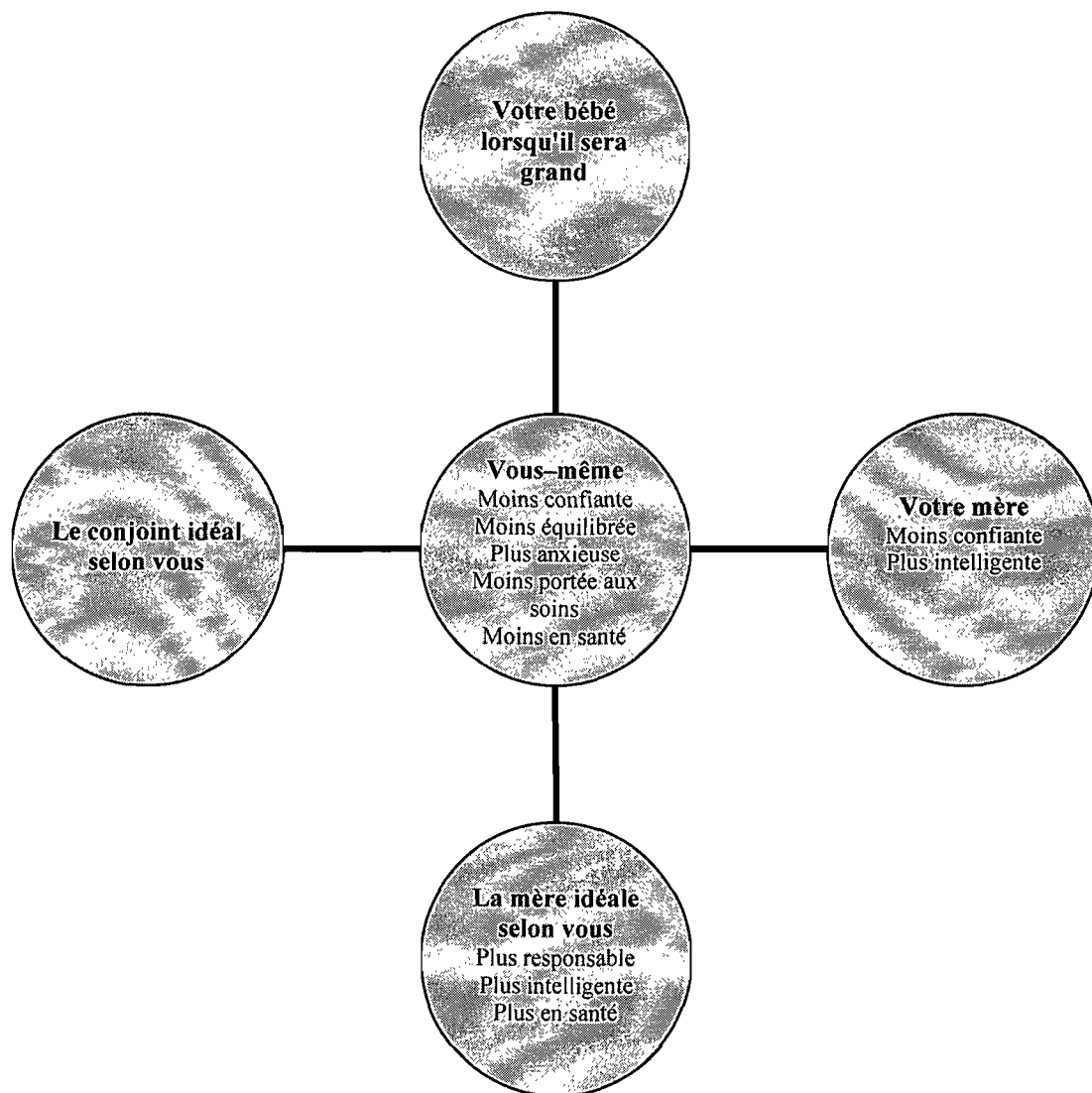


Tableau 6

Écarts entre les représentations mentales de soi et d'autrui quant à l'ensemble des construits:
Comparaison des cas et des témoins à l'ARGK

	- Votre bébé lorsque grand	- Votre mère	- La mère idéale	- Le conjoint idéal
Vous-même	Test t: 0.000*** Eta : 0,71 C: -8,62 T: -2,60	Test t: 0.001** Eta : 0,65 C: -2,29 T: 2,75	Test t: 0.000*** Eta : 0,79 C: -10,45 T: 0,43	Test t: 0.000*** Eta : 0,69 C: -10,48 T: -3,63
Votre bébé lorsque grand		Test t: 0,47 Eta : 0,67 C: 6,33 T: 5,35	Test t: 0.000*** Eta : 0,54 C: -1,83 T: 3,03	Test t: 0,14 Eta : 0,39 C: -1,86 T: -1,03
Votre mère			Test t: 0.000*** Eta : 0,73 C: -8,17 T: -2,33	Test t: 0,14 Eta : 0,58 C: -8,19 T: -6,38
La mère idéale				Test t: 0,001** Eta : 0,49 C: -0,02 T: -4,05

* $p < 0.01$. ** $p < 0.001$. *** $p < 0.000$.

Tableau 7

Écarts entre les représentations mentales de soi et d'autrui quant au construit "*Responsabilité*":
Comparaison des cas et des témoins à l'ARGK

	- Votre bébé lorsque grand	- Votre mère	- La mère idéale	- Le conjoint idéal
Vous-même	Test t: 0,02 Eta : 0,35 C: -0,60 T: -0,15	Test t: 0,01* Eta : 0,30 C: -0,43 T: 0,44	Test t: 0.000*** Eta : 0,48 C: -0,93 T: 0,37	Test t: 0,02 Eta : 0,35 C: -1,00 T: -0,51
Votre bébé lorsque grand		Test t: 0,21 Eta : 0,32 C: 0,17 T: 0,59	Test t: 0,007* Eta : 0,42 C: -0,33 T: 0,51	Test t: 0,79 Eta : 0,15 C: -0,40 T: -0,37
Votre mère			Test t: 0,02 Eta : 0,28 C: -0,50 T: -0,07	Test t: 0,27 Eta : 0,31 C: -0,57 T: -0,95
La mère idéale				Test t: 0,01* Eta : 0,44 C: -0,07 T: -0,88

* $p < 0.01$. ** $p < 0.001$. *** $p < 0.000$.

Tableau 8

Écarts entre les représentations mentales de soi et d'autrui quant au construit "*Confiance en soi*":
Comparaison des cas et des témoins à l'ARGK

	- Votre bébé lorsque grand	- Votre mère	- La mère idéale	- Le conjoint idéal
Vous-même	Test t: 0,01* Eta : 0,40 C: -1,38 T: -0,61	Test t: 0,29 Eta : 0,31 C: -0,57 T: -0,24	Test t: 0,003* Eta : 0,55 C: -1,69 T: -0,80	Test t: 0,002* Eta : 0,53 C: -1,67 T: -0,68
Votre bébé lorsque grand		Test t: 0,15 Eta : 0,30 C: 0,81 T: 0,37	Test t: 0,52 Eta : 0,18 C: -0,31 T: -0,20	Test t: 0,32 Eta : 0,33 C: -0,29 T: -0,07
Votre mère			Test t: 0,06 Eta : 0,31 C: -1,12 T: -0,56	Test t: 0,04 Eta : 0,35 C: -1,10 T: -0,44
La mère idéale				Test t: 0,44 Eta : 0,14 C: 0,02 T: 0,12

* $p < 0.01$. ** $p < 0.001$. *** $p < 0.000$.

Tableau 9

Écarts entre les représentations mentales de soi et d'autrui quant au construit "*Équilibre*":
Comparaison des cas et des témoins à l'ARGK

	- Votre bébé lorsque grand	- Votre mère	- La mère idéale	- Le conjoint idéal
Vous-même	Test t: 0,000*** Eta : 0,65 C: -1,62 T: -0,12	Test t: 0,000*** Eta : 0,44 C: -0,64 T: 0,66	Test t: 0,000*** Eta : 0,71 C: -2,00 T: 0,29	Test t: 0,000*** Eta : 0,71 C: -1,98 T: -0,34
Votre bébé lorsque grand		Test t: 0,60 Eta : 0,33 C: 0,98 T: 0,78	Test t: 0,02 Eta : 0,47 C: -0,38 T: 0,41	Test t: 0,38 Eta : 0,31 C: -0,36 T: -0,22
Votre mère			Test t: 0,001** Eta : 0,41 C: -1,36 T: -0,37	Test t: 0,37 Eta : 0,31 C: -1,33 T: -1,00
La mère idéale				Test t: 0,03 Eta : 0,41 C: 0,02 T: -0,63

* $p < 0.01$. ** $p < 0.001$. *** $p < 0.000$.

Tableau 10

Écarts entre les représentations mentales de soi et d'autrui quant au construit "*Dépendance*":
Comparaison des cas et des témoins à l'ARGK

	- Votre bébé lorsque grand	- Votre mère	- La mère idéale	- Le conjoint idéal
Vous-même	Test t: 0,01* Eta : 0,40 C: -0,83 T: -0,20	Test t: 0,22 Eta : 0,27 C: -0,62 T: -0,29	Test t: 0,003* Eta : 0,42 C: -1,07 T: -0,29	Test t: 0,002* Eta : 0,40 C: -1,05 T: -0,27
Votre bébé lorsque grand		Test t: 0,21 Eta : 0,41 C: 0,21 T: -0,10	Test t: 0,34 Eta : 0,27 C: -0,24 T: -0,10	Test t: 0,31 Eta : 0,24 C: -0,21 T: -0,07
Votre mère			Test t: 0,06 Eta : 0,26 C: -0,45 T: 0,00	Test t: 0,05 Eta : 0,28 C: -0,43 T: 0,02
La mère idéale				Test t: 1,00 Eta : 0,14 C: 0,02 T: 0,02

* $p < 0.01$. ** $p < 0.001$. *** $p < 0.000$.

Tableau 11

Écarts entre les représentations mentales de soi et d'autrui quant au construit "*Anxiété*":
Comparaison des cas et des témoins à l'ARGK

	- Votre bébé lorsque grand	- Votre mère	- La mère idéale	- Le conjoint idéal
Vous-même	Test t: 0,000*** Eta : 0,49 C: -1,64 T: -0,60	Test t: 0,07 Eta : 0,36 C: -0,19 T: 0,40	Test t: 0,000*** Eta : 0,58 C: -1,90 T: -0,08	Test t: 0,000*** Eta : 0,43 C: -1,98 T: -0,85
Votre bébé lorsque grand		Test t: 0,12 Eta : 0,33 C: 1,45 T: 1,00	Test t: 0,004* Eta : 0,42 C: -0,26 T: 0,53	Test t: 0,63 Eta : 0,21 C: -0,33 T: -0,25
Votre mère			Test t: 0,000*** Eta : 0,44 C: -1,71 T: -0,48	Test t: 0,04 Eta : 0,34 C: -1,79 T: -1,25
La mère idéale				Test t: 0,006* Eta : 0,36 C: -0,07 T: -0,78

* $p < 0.01$. ** $p < 0.001$. *** $p < 0.000$.

Tableau 12

Écarts entre les représentations mentales de soi et d'autrui quant au construit "*Contrôle/intrusion*":
Comparaison des cas et des témoins à l'ARGK

	- Votre bébé lorsque grand	- Votre mère	- La mère idéale	- Le conjoint idéal
Vous-même	Test t: 0,70 Eta : 0,24 C: -0,31 T: -0,22	Test t: 0,23 Eta : 0,24 C: 0,62 T: 0,32	Test t: 0,76 Eta : 0,31 C: -0,12 T: -0,05	Test t: 0,61 Eta : 0,38 C: -0,29 T: -0,17
Votre bébé lorsque grand		Test t: 0,09 Eta : 0,27 C: 0,93 T: 0,54	Test t: 0,90 Eta : 0,19 C: 0,19 T: 0,17	Test t: 0,87 Eta : 0,24 C: 0,02 T: 0,05
Votre mère			Test t: 0,11 Eta : 0,44 C: -0,74 T: -0,37	Test t: 0,06 Eta : 0,29 C: -0,90 T: -0,49
La mère idéale				Test t: 0,78 Eta : 0,11 C: -0,17 T: -0,12

* $p < 0.01$. ** $p < 0.001$. *** $p < 0.000$.

Tableau 13

Écarts entre les représentations mentales de soi et d'autrui quant au construit "*Soins offerts aux autres*":
Comparaison des cas et des témoins à l'ARGK

	- Votre bébé lorsque grand	- Votre mère	- La mère idéale	- Le conjoint idéal
Vous-même	Test t: 0,55 Eta : 0,22 C: 0,00 T: 0,10	Test t: 0,74 Eta : 0,36 C: -0,17 T: -0,10	Test t: 0,17 Eta : 0,28 C: -0,24 T: -0,02	Test t: 0,75 Eta : 0,26 C: -0,07 T: -0,02
Votre bébé lorsque grand		Test t: 0,88 Eta : 0,22 C: -0,17 T: -0,20	Test t: 0,40 Eta : 0,25 C: -0,24 T: -0,12	Test t: 0,71 Eta : 0,25 C: -0,07 T: -0,12
Votre mère			Test t: 0,46 Eta : 0,27 C: -0,07 T: 0,07	Test t: 0,91 Eta : 0,24 C: 0,10 T: 0,07
La mère idéale				Test t: 0,07 Eta : 0,20 C: 0,17 T: 0,00

* $p < 0.01$. ** $p < 0.001$. *** $p < 0.000$.

Tableau 14

Écarts entre les représentations mentales de soi et d'autrui quant au construit "*Intelligence*":
Comparaison des cas et des témoins à l'ARGK

	- Votre bébé lorsque grand	- Votre mère	- La mère idéale	- Le conjoint idéal
Vous-même	Test t: 0,03 Eta : 0,29 C: -0,74 T: -0,37	Test t: 0,000*** Eta : 0,47 C: -0,38 T: 0,80	Test t: 0,000*** Eta : 0,54 C: -0,86 T: 0,63	Test t: 0,009* Eta : 0,33 C: -0,83 T: -0,39
Votre bébé lorsque grand		Test t: 0,003* Eta : 0,39 C: 0,36 T: 1,17	Test t: 0,000*** Eta : 0,47 C: -0,12 T: 1,00	Test t: 0,48 Eta : 0,15 C: -0,10 T: -0,02
Votre mère			Test t: 0,04 Eta : 0,29 C: -0,48 T: -0,17	Test t: 0,006* Eta : 0,36 C: -0,45 T: -1,20
La mère idéale				Test t: 0,000*** Eta : 0,44 C: 0,02 T: -1,02

* $p < 0.01$. ** $p < 0.001$. *** $p < 0.000$.

Tableau 15

Écarts entre les représentations mentales de soi et d'autrui quant au construit "*Etat de santé*":
Comparaison des cas et des témoins à l'ARGK

	- Votre bébé lorsque grand	- Votre mère	- La mère idéale	- Le conjoint idéal
Vous-même	Test t: 0,000*** Eta : 0,50 C: -1,50 T: -0,49	Test t: 0,01* Eta : 0,32 C: 0,10 T: 1,02	Test t: 0,000*** Eta : 0,66 C: -1,64 T: 0,66	Test t: 0,000*** Eta : 0,59 C: -1,62 T: -0,41
Votre bébé lorsque grand		Test t: 0,78 Eta : 0,14 C: 1,60 T: 1,51	Test t: 0,000*** Eta : 0,47 C: -0,14 T: 1,15	Test t: 0,19 Eta : 0,24 C: -0,12 T: 0,07
Votre mère			Test t: 0,000*** Eta : 0,47 C: -1,74 T: -0,37	Test t: 0,38 Eta : 0,18 C: -1,71 T: -1,44
La mère idéale				Test t: 0,000*** Eta : 0,41 C: 0,02 T: -1,07

* $p < 0.01$. ** $p < 0.001$. *** $p < 0.000$.

Figure 2 : Illustration des écarts notés entre les représentations mentales de soi et d'autrui pour l'ensemble des construits (GR1)

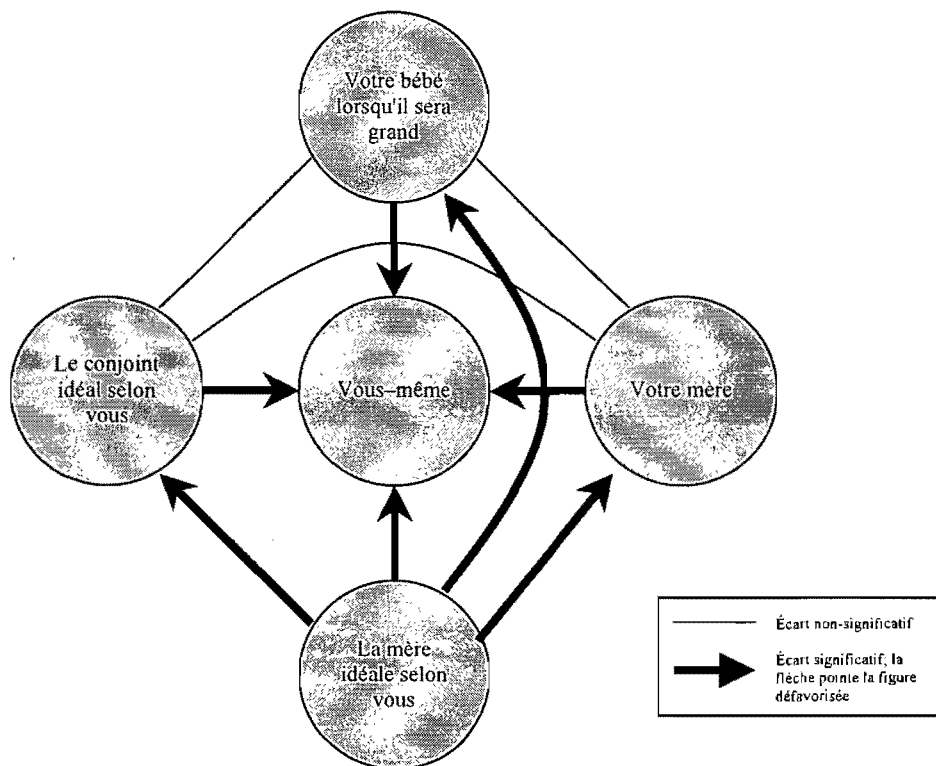


Figure 3 : Illustration des écarts notés entre les représentations mentales de soi et d'autrui pour le construit « Responsabilité » (GR1)

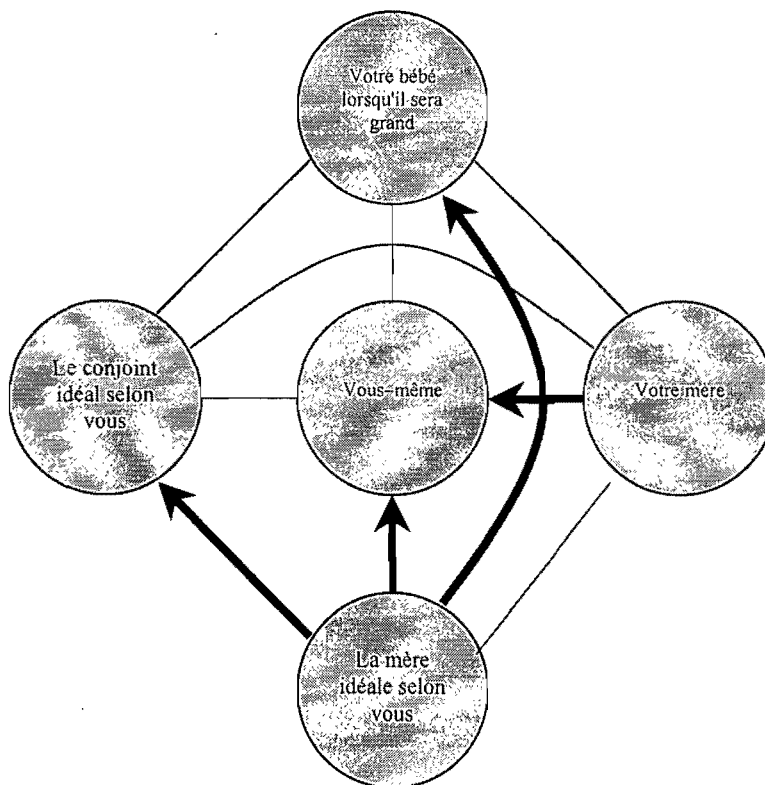


Figure 4 : Illustration des écarts notés entre les représentations mentales de soi et d'autrui pour le construit « *Confiance en soi* » (GR1)

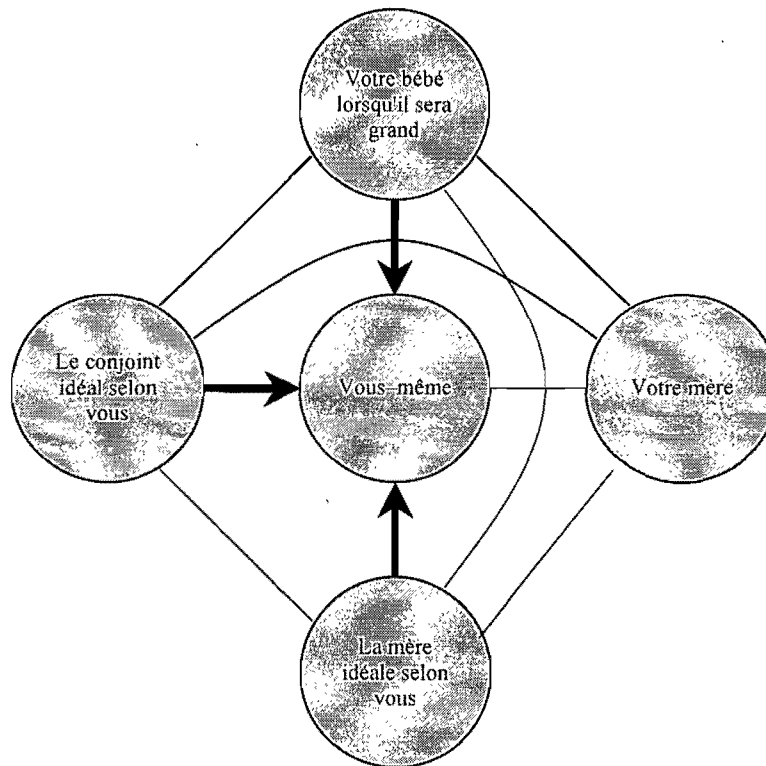


Figure 5 : Illustration des écarts notés entre les représentations mentales de soi et d'autrui pour le construit « *Équilibre* » (GR1)

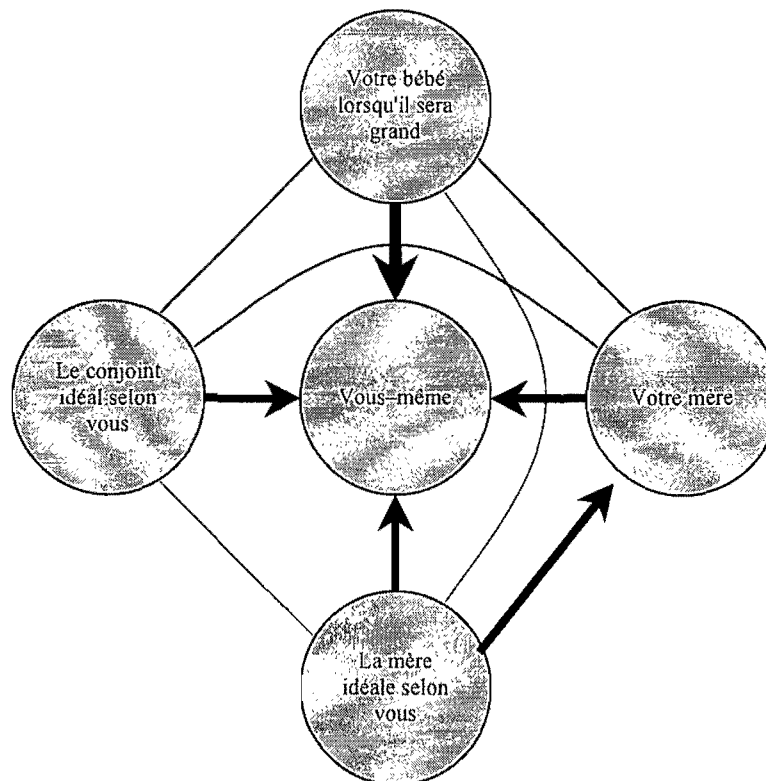


Figure 6 : Illustration des écarts notés entre les représentations mentales de soi et d'autrui pour le construit « *Dépendance* » (GR1)

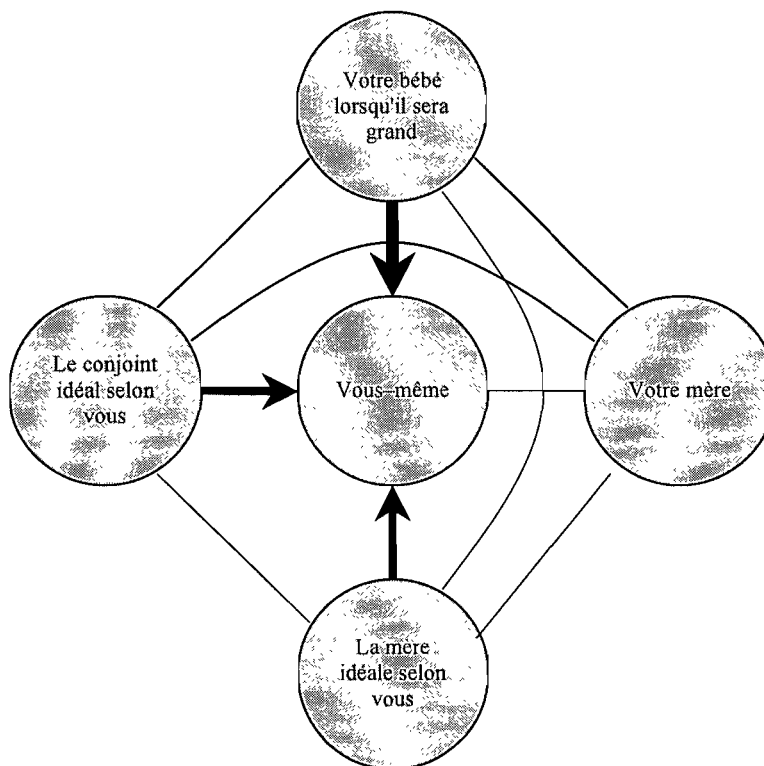


Figure 7 : Illustration des écarts notés entre les représentations mentales de soi et d'autrui pour le construit « *Anxiété* » (GR1)

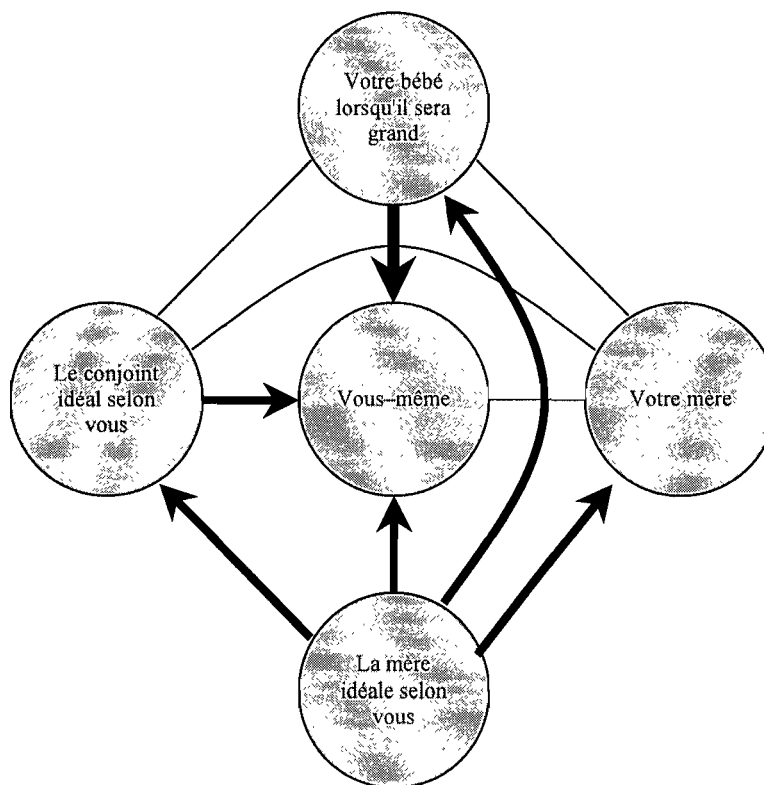


Figure 8 : Illustration des écarts notés entre les représentations mentales de soi et d'autrui pour le construit « *Intelligence* » (GR1)

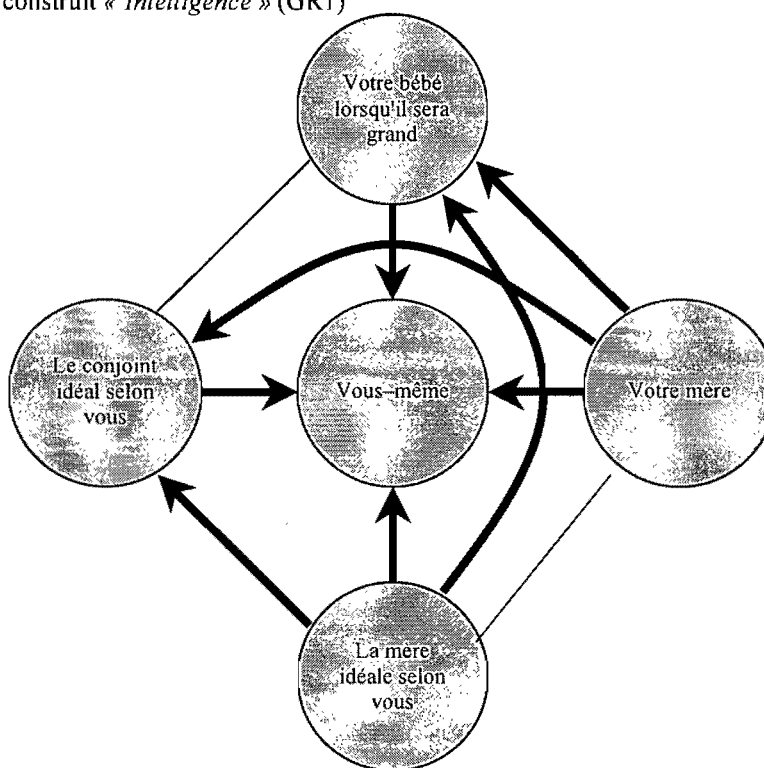


Figure 9 : Illustration des écarts notés entre les représentations mentales de soi et d'autrui pour le construit « *État de santé* » (GR1)

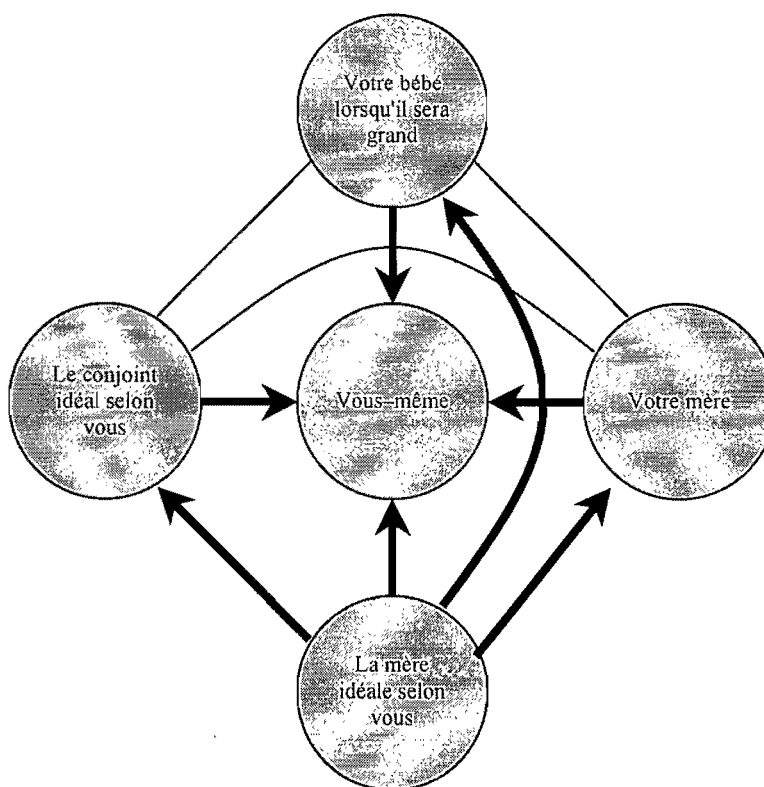


Tableau 16

Comparaison des cas et des témoins à l'Inventaire des relations mère-fille

		Cas	Témoins	Total	χ^2
Qualité du lien mère-fille	Mauvaise	22	11	33	0,03
	Bonne	20	30	50	
Perception allocentrée du lien mère-fille	Mauvaise	22	11	33	0,03
	Bonne	20	30	50	
Perception autocentrée du lien mère-fille	Mauvaise	25	10	35	0,002*
	Bonne	17	31	48	

* $p < 0.01$. ** $p < 0.001$. *** $p < 0.000$.

Article II

Perspective de la maternité et troubles des conduites alimentaires :

Une exploration de l'univers de « l'avant-conception »

Perspective de la maternité et troubles des conduites alimentaires :

Une exploration de l'univers de « l'avant-conception »

Julie Achim

Université de Montréal

Denis Lafortune

Université de Montréal

Catherine Laurier

Université de Montréal

Maurice Corcos

Institut Mutualiste Montsouris (Paris, FR)

Philippe Jeammet

Institut Mutualiste Montsouris (Paris, FR)

Article à soumettre à la revue L'Évolution psychiatrique (juillet 2006)

Cet article a été rédigé dans le cadre de la recherche doctorale de la première auteure. Nous tenons à remercier le Conseil de recherches pour les sciences humaines du Canada (CRSH) pour son soutien financier ainsi qu'Emmanuelle Robert, Jimmy Théberge et Joanne Giasson pour leurs précieuses relectures.

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Julie Achim, Service de pédopsychiatrie, Département de psychiatrie, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, 6555 Boulevard Gouin Ouest, Montréal, Québec, CANADA, H4K 1B3.

Courriel :



Résumé

Cette étude s'attache à l'exploration de l'univers fantasmatique que suscite la perspective de la maternité chez les jeunes femmes souffrant d'un trouble des conduites alimentaires (TCA), une dimension peu abordée dans les travaux recensés jusqu'à maintenant. L'analyse qualitative du matériel clinique recueilli lors d'entretiens semi-structurés réalisés auprès de dix jeunes femmes souffrant de TCA et dix autres issues de la population générale permet de dégager trois principaux constats. Le premier, d'ordre formel, concerne l'étonnante élaboration verbale à laquelle ont donné lieu les divers thèmes abordés tandis que le second et le troisième concernent davantage la nature des fantaisies sollicitées. À la différence de celles du groupe témoin, les jeunes femmes souffrant d'un TCA tiennent des propos laissant entrevoir certaines difficultés à s'affranchir du modèle familial d'origine. Famille d'origine et famille imaginaire semblent superposables, voire identiques chez ces jeunes femmes, laissant peu d'espace pour la création d'une histoire qui leur serait propre. Par ailleurs, la perspective de la maternité semble porteuse d'une opportunité de réparation de soi pour les jeunes femmes présentant une psychopathologie alimentaire alors qu'elle semble davantage soutenir un mouvement évolutif vers l'autre ainsi qu'un changement identitaire chez les jeunes femmes du groupe témoin. Divers propos tenus par les premières permettent de croire que les questions de l'idéal, du double et de la réparation sont au coeur de leurs préoccupations face à l'abord de la maternité. Les limites méthodologiques de cette étude sont discutées et des suggestions de recherches futures sont formulées.

Mots-clés : Troubles des conduites alimentaires, maternité, bébé imaginaire, relation mère-enfant, filiations.

Abstract

This study explores the fantasy universe created by the prospect of maternity among young women suffering from eating disorders (ED), a dimension until now little discussed in the works inventoried to date. A qualitative analysis of the clinical material collected from semi-structured interviews carried out with ten young women suffering from EDs and ten others from the general population allows the formulation of three significant observations. The first, more formal, observation relates to the surprising verbal elaboration that the various discussion topics inspired in the subjects, while the second and the third relate more to the nature of the fantasies brought forward. Unlike the control group, the young women suffering from EDs make statements that hint at certain difficulties in freeing themselves from their initial family model. For these young women, family of origin and imaginary family seem to be superimposed, even identical, leaving little space for the creation of a story truly their own. In addition, the prospect of maternity seems to hold a self-healing opportunity for the young women suffering from EDs, whereas for the control group, the prospect seems to represent an progressive movement towards others, as well as a change of identity. Various remarks made by the ED group imply that the questions of the Ideal, the identical and of healing are at the heart of their concerns regarding the idea of maternity. The methodological limits of this study are discussed and suggestions for future research are formulated.

Keywords: Eating disorders, motherhood, imaginary child, mother-child relation, filiations.

De la recherche consacrée aux troubles des conduites alimentaires (TCA), on retient sa prolifération marquée au cours des trois dernières décennies. Plusieurs dimensions de ces syndromes ont été largement explorées grâce à la réalisation de nombreuses études empiriques, cliniques et théoriques, permettant ainsi l'acquisition de connaissances de tout ordre -épidémiologique, étiologique, diagnostique, pronostique et thérapeutique- (Agman, Corcos, & Jeammet, 1994; Birmingham, & Beumont, 2004; Bruch, 1978; Garfinkel, & Garner, 1982; Levine, & Smolak, 2006; Treasure, Schmidt, & van Furth, 2003).

Malgré la diversité et le nombre considérables de travaux consacrés à l'étude de ces psychopathologies, peu d'entre eux s'attachent à la question de la maternité dans un contexte de troubles alimentaires, actuels ou passés (Delos-Santos, 2005; Larsson, & Andersson-Ellström, 2003; Little, & Lowkes, 2000; Park, Senior, & Stein, 2003a). La recension des écrits consacrés à l'étude conjointe de la maternité et des TCA, effectuée à partir des moteurs de recherche *Medline*, *PsychINFO*, *Current Content* ainsi qu'à partir de la base de données informatiques de la Société psychanalytique de Paris¹, permet de constater que la rencontre de ces deux thèmes s'avère assez récente² et de dégager trois grands axes de recherches, soit: 1) la grossesse dans un contexte de TCA, ses particularités et conséquences sur la mère, le bébé et sur le devenir de cet enfant; 2) les implications d'une psychopathologie alimentaire sur la fertilité féminine ainsi que 3) la perspective de la maternité et ses enjeux chez les jeunes femmes souffrant, ou ayant souffert, d'un trouble alimentaire.

TCA, grossesse et fertilité : Implications mutuelles

Parmi les contributions majeures des divers travaux s'inscrivant dans les deux premiers courants de recherche, on note l'objectivation des conditions médicales spécifiques aux femmes enceintes souffrant ou ayant souffert d'un TCA (Abraham, 1998;

¹ Les recherches couvrent la période allant de 1970 à 2006. Les mots-clés utilisés sont : boulimie, anorexie, TCA, grossesse, maternité, relation mère-enfant, stérilité, (in)fertilité.

² Bien qu'il soit possible de retracer quelques études ayant été réalisées au cours des années 70, près d'un tiers des écrits recensés date des années 2000.

Brinch, Isager, & Tolstrup, 1988; Bulik, Sullivan, Fear, Pickering, Dawn, & McCullin, 1999; Franko, Blais, Becker, Delinsky, Greenwood, Flores et al., 2001; James, 2001; Kouba, Hallstrom, Lindholm, & Hirschberg, 2005; Morrill, & Nickols-Richardson, 2001). De nombreux auteurs ont également mis en lumière les différentes conséquences physiologiques, psychologiques et relationnelles de ces syndromes chez celles devenues mères (Abraham, Taylor, & Conti, 2001; Blais, Becker, Burwell, Flores, Nussbaum, Greenwood et al., 2000; Crow, Keel, Thuras, & Mitchell, 2004; Fairburn, Stein, & Jones, 1992; Lai, Tang, & Tse, 2006; Morgan, Lacey, & Sedgwick, 1999; Rocco, Orbitello, Perini, Pera, Ciano, & Balestrieri, 2005), chez leurs enfants et sur la nature des liens qui les unissent (Elfhag, & Linne, 2005; Hodes, Timimi, & Robinson, 1997; Larsson et al., 2003; Park, Lee, Woolley, Murray, & Stein, 2003b; Park et al., 2003a; Russell, Treasure, & Eisler, 1998; Stein, Woolley, Murray, Cooper, Cooper, Noble et al., 2001). L'identification de liens étroits entre TCA et infertilité, par plusieurs auteurs, s'avère également frappante (Abraham, 1998; Brinch et al., 1988; Corcos, Girardon, Granet, Cayol, & Jeammet, 1997; Mitchell-Gielegheem, Mittelstaedt, & Bulik, 2002; Stewart, Robinson, Goldbloom, & Wright, 1990; Vigan, 1997). La nécessité de la sensibilisation des praticiens de la santé à l'égard du dépistage des TCA –actuels ou passés- chez les femmes enceintes ou en demande de traitement en fertilité se dégage avec force de ces travaux, tout comme l'à-propos d'une prise en charge multidisciplinaire de cette population à risque (Abraham, 2001; Baker, Carter, Cohen, & Brownell, 1999; Corcos et al., 1997; Senior, Barnes, Emberson, & Golding, 2005; Seiden, 2005; Wolfe, 2005). Les questions d'ordre éthique sont enfin soulignées et la pertinence du report du projet de grossesse lors de l'identification d'une psychopathologie alimentaire fait consensus (Abraham, Mira, & Llewellyn-Jones, 1990; Beumont, & Tam, 2001; Kaplan, 1999; Kye, Mason, & Bolton, 2000; Norre, Vandereycken, & Gordts, 2001; Stewart, 1992).

La prédominance de l'adoption d'une perspective strictement médicale dans l'abord de ces diverses questions est frappante. En effet, une grande majorité de ces études s'attardent aux implications physiologiques d'un TCA sur la maternité -ou l'inverse- alors que peu d'entre elles s'intéressent à l'expérience affective que représente l'accès à la

maternité chez les femmes souffrant d'une psychopathologie alimentaire. Celles qui y sont consacrées s'attachent surtout aux implications d'une grossesse sur la santé mentale et l'adaptation psychologique de ces femmes. Elles permettent notamment de constater que la grossesse donne lieu à d'importants mouvements de la symptomatologie alimentaire (Blais, et al., 2000; Crow et al., 2004; Kouba et al., 2005; Lacey, & Smith, 1987; Lai et al., 2006; Morgan et al., 1999; Rocco et al., 2005), parfois même à des états psychotiques (Kaplan 1999), et que les femmes présentant un TCA seraient plus enclines à souffrir de dépression du post-partum (Abraham, 1998; Franko, & Spurell, 2000; Mazzeo, Landt, Jones, Mitchell, Kendler, Neale et al., 2006; Morgan et al., 1999). La reviviscence d'enjeux et de processus psychiques conflictuels mal résolus à l'adolescence, consécutive à l'accès à la maternité, est proposée afin de rendre compte des rechutes des troubles alimentaires (Peolidis, 2004). La perte de la maîtrise du corps, mal tolérée par les femmes souffrant d'un TCA et inhérente à la grossesse, réactiverait l'angoisse suscitée par la relation perturbée qu'entretenaient ces femmes avec leur corps au moment de l'adolescence (Peolidis, 2004). Les préoccupations suscitées par la prise de poids et les changements corporels ainsi que la menace qu'ils représentent pour l'image corporelle sont également associés à la détresse psychologique manifeste chez ces femmes lors de la grossesse (Abraham et al., 2001). Si la maternité semble à risque de compromettre la santé mentale des femmes souffrant ou ayant souffert d'un TCA, elle peut également s'avérer bénéfique pour certaines d'entre elles (Larsson et al., 2003). Ainsi, la maternité peut représenter une opportunité de transcender la psychopathologie alimentaire en marquant la nécessité de l'acquisition d'une plus grande maturité (Lemberg, & Phillips, 1989). L'accès à la maternité peut également donner lieu à un bouleversement identitaire, permettant la constitution d'une identité maternelle qui prendrait le pas sur « l'identité boulimique » (Delos-Santos, 2005).

Bien qu'à ce jour, l'expérience affective -proprement dite- de l'accès à la maternité des femmes souffrant ou ayant souffert par le passé d'un TCA demeure très peu explorée, quelques travaux abordent les craintes et appréhensions rapportées par ces femmes à l'égard de la grossesse et de la maternité. Après la prise de poids et les changements corporels, l'endommagement du fœtus en raison des habitudes alimentaires

problématiques, l'incapacité à soigner adéquatement le bébé, le développement éventuel d'un TCA ou d'un problème de poids chez l'enfant ainsi que le désintérêt du conjoint demeurent les inquiétudes les plus citées (Lemberg et al., 1989; Lewis, & le Grange, 1994). La majorité des femmes interrogées affirment néanmoins avoir planifié la grossesse, considérant que « le temps était venu de fonder une famille » et que la naissance d'un enfant engendrerait « un sentiment d'accomplissement personnel plus grand ». Seule une minorité des femmes affirment se sentir perturbées par la perspective de l'arrivée du bébé (Lemberg et al., 1989). Néanmoins, elles tendraient à percevoir le monde extérieur comme étant plutôt négatif et critique face à leur nouvelle identité de mère (Patel, Lee, Wheatcroft, Barnes, & Stein, 2005). Les attitudes concernant l'image corporelle semblent plus contradictoires, laissant ainsi croire qu'il s'agit là d'une dimension plus conflictuelle. Ainsi, la grossesse ne suscite pas de sentiments dévalorisants (re : se sentir grosse ou peu attirante), malgré le fait que l'image corporelle soit perçue comme étant abîmée. Peu de femmes enceintes expriment le souhait de reprendre leur diète le plus rapidement possible, mais peu d'entre elles disent se sentir libres de manger comme elles l'entendent (Lemberg et al., 1989).

À partir de l'observation d'une propension aux grossesses (non-planifiées) et avortements à répétition chez une jeune femme boulimique, El-Mallakh et Tasman (1991) ont proposé de concevoir les grossesses et avortements dans un tel contexte comme un corrélat des accès boulimiques et des vomissements ou de l'incorporation et de l'expulsion. Les cycles « grossesse-avortement » auraient une fonction dans l'économie psychique de cette jeune femme. Ils permettraient, au même titre que les cycles « boulimie-vomissement », la régulation des affects et des états internes, procurant ainsi, du moins temporairement, un effet d'apaisement psychique chez cette jeune femme.

TCA, désir d'enfant et perspective de maternité

Si les deux premiers axes regroupent la quasi-totalité des travaux consacrés à l'étude conjointe des TCA et de la maternité, rares sont les études qui font du troisième axe,

soit du désir d'enfant et des fantaisies suscitées par la maternité chez ces femmes, leur principal objet de recherche. Ainsi, on s'intéresse principalement à la conception et à ses avatars, à « l'inconception »³ et aux dilemmes éthiques dont elle est porteuse, mais très peu à ce qui les précède. Le projet de maternité et l'univers fantasmatique dans lequel il s'inscrit (re : désirs, craintes, contexte imaginé pour une grossesse, bébé imaginaire, sens que prend ce projet pour ces femmes...) s'avèrent presque absents de la littérature consultée.

Quelques auteurs se sont néanmoins penchés sur certains aspects de « l'avant-conception ». À ce jour, la contribution théorico-clinique de Corcos (2000) semble l'une des plus significatives. L'auteur s'intéresse à la perspective de la maternité à travers le sens que peut prendre l'aménorrhée au sein de la dynamique psychique de la femme souffrant d'un TCA, symptôme qu'il propose de concevoir en fonction des enjeux propres à l'accès à la maternité. Ainsi, l'aménorrhée traduirait l'impasse de la rivalité mère-fille, symbolisant à la fois le maintien du statut d'enfant par l'évitement des règles (et donc, du « devenir femme ») et l'accès fantasmatique au statut de mère puisque l'aménorrhée est aussi le fait de la femme enceinte. L'auteur évoque également la prédominance de fantasmes de grossesse « en négatif » ou « en creux » chez les patientes présentant un TCA : les fantasmes d'enfant mort-né, de grossesse invisible ou encore de conception interdite fréquemment rapportés par ces femmes pourraient traduire, de façon symbolique, l'ambivalence ressentie face à la maternité puisque tant son advenu que son échec sous-tendent ces fantasmes. Cette équation « aménorrhée-grossesse » aurait été envisagée préalablement par d'autres⁴.

Les fantasmes de stérilité, également fréquents chez les femmes anorexiques, auraient une fonction assez similaire à celle des fantasmes de grossesses abîmées. En plus de protéger les patientes d'éventuels fantasmes ou fantaisies de grossesse (devenus impossibles ou injustifiables en raison de la « stérilité »), ces fantasmes de stérilité

³ Appellation empruntée à S. Faure-Pragier (1997) qui propose de privilégier ce terme afin d'éviter la dichotomie existant dans la littérature entre « infertilité médicalement expliquée » et « infertilité psychogène ».

⁴ Corcos cite les travaux de Moulton (1942), pour qui l'aménorrhée serait une réponse somatique à des fantasmes de grossesse, ainsi que ceux de Kestemberg et Kestemberg (1972), pour qui toute anorexie serait marquée par un « délire psychosomatique » lui-même caractérisé par des fantasmes de grossesse.

permettraient aux jeunes femmes de protéger leur mère en évitant de se positionner comme rivale aspirant, elles aussi, à devenir mère (Corcos, 2000).

À l'instar des jeunes femmes anorexiques, celles souffrant de boulimie rapporteraient souvent des fantasmes, mais aussi des rêves de grossesses et d'avortements, marqués par des enjeux incestueux (Corcos et al, 1997; Corcos, 2000). Malgré leur apparence plutôt œdipienne, Corcos soutient que ces productions de l'imaginaire ne traduisent pas un conflit de cette nature, mais plutôt un conflit d'ordre narcissique mettant en cause l'homosexualité primaire et le rapport d'emprise existant entre mère et fille⁵. Il mentionne enfin l'apport théorique de Lachcar (1991) qui propose une compréhension assez similaire selon laquelle :

« La grossesse ne s'inscrit pas dans la rencontre avec un homme, restant de ce fait une fuite de la sexualité, mais elle répond plus souvent à un fantasme d'avoir un enfant de la mère. » (Corcos, 2000, p.240)

Le désir d'enfant ne serait pas un désir de donner naissance à un enfant, mais en serait plutôt un de grossesse qui traduit une tentative de la jeune femme visant à « répondre à ses doutes quant à sa féminité et à sa fécondité. » (Corcos, 2000, p.240).

D'autres auteurs se sont intéressés aux questions du désir d'enfant et de la perspective de la maternité à travers l'analyse du rapport singulier qu'entretenait une jeune femme souffrant d'un TCA avec les bébés (Rutherford, & Russell, 1990). Son récit de ses nombreuses visites en pouponnières, laissant craindre à son entourage qu'elle ne vole un bébé, a permis d'aborder avec elle la question du désir d'enfant et de constater un désir fort ambivalent et mal assumé, ne pouvant s'exprimer que par la contemplation des bébés d'autrui. Si les questions de l'impossible rivalité mère-fille ou de la grossesse en négatif semblent sous-jacentes, les auteurs n'en discutent pas.

⁵ Cette prédominance du conflit narcissique sur les enjeux œdipiens s'inscrit dans la lignée des théories étiologiques récentes des TCA qui sont considérés comme des conduites addictives, se situant dans un registre narcissique ou limite (Corcos, 2000).

«L'avant-coup » peu exploré

Somme toute, très peu d'études s'intéressent à l'univers fantasmatique -désirs, appréhensions, affects, fantaisies, investissement affectif- que suscite la perspective de la maternité chez les jeunes femmes souffrant ou ayant souffert de troubles alimentaires. Lorsqu'on s'y intéresse, on le fait dans l'a posteriori de la conception, soit dans le contexte de recherches visant l'exploration de l'expérience affective de ces femmes au moment de la grossesse. Les quelques travaux mentionnés abordent néanmoins ces questions dans « l'avant-coup » de la grossesse, mais le font de manière indirecte, dans le cadre de réflexions étiologiques plus larges visant l'élaboration d'une compréhension globale des TCA. Jusqu'à maintenant, aucune étude ne s'est proposée d'explorer les particularités du désir d'enfant et des fantasmes qu'il suscite chez des jeunes femmes souffrant activement de TCA et n'ayant pas d'enfant. Ces aspects de l'univers fantasmatique de ces jeunes femmes demeurent méconnus. Nous nous proposons donc d'en faire notre principal objet de recherche.

Méthode

Sujets

Des quatre-vingt-trois jeunes femmes âgées de 18 à 23 ans participant à une étude plus vaste⁶, vingt d'entre elles -dix issues du groupe TCA (GR1) et dix issues du groupe témoin (GR2)- ont été retenues aléatoirement afin de participer au volet qualitatif de la recherche. Les jeunes femmes souffrant d'un TCA ont été recrutées via la consultation du Service de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte de l'Institut Mutualiste Montsouris (Paris, France), après qu'un diagnostic de TCA⁷ ait été posé chez elles par un psychiatre.

⁶ Recherche doctorale menée par l'auteure principale intitulée : « Pour une exploration du désir d'enfant et de la perspective de la maternité dans un contexte de troubles des conduites alimentaires »

⁷ Anorexie de type *restrictif*; anorexie de type *avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs*; boulimie de type *avec vomissements ou prise de purgatifs*; boulimie de type *sans vomissements ou prise de purgatifs*, tels que définis selon les critères du DSM-IV.

Le groupe témoin est composé de jeunes femmes complétant des études en psychologie, à l'École de Psychologues Praticiens (Paris, France) ou en sciences infirmières, à l'École des Infirmières de l'Hôpital Antoine-Béclère (Clamart, France)⁸.

Entretien semi-structuré

Un entretien semi-structuré consacré à la maternité, au désir d'enfant ainsi qu'aux filiations féminines a été réalisé avec les jeunes femmes des deux groupes. Cet entretien débute par la consigne suivante : « Je souhaiterais que vous me parliez de ce que pourrait représenter pour vous la maternité ». Il comporte une série de questions ouvertes visant l'exploration de l'univers fantasmatique des jeunes femmes à l'égard de la perspective de la maternité, du contexte dans lequel un tel projet pourrait advenir, du bébé qu'elles pourraient souhaiter avoir, de la mère qu'elles imaginent devenir et de leur inscription dans les filiations maternelle et féminine. Leurs impressions quant aux réactions que pourraient avoir leurs mères face à une telle éventualité sont également investiguées. Les entretiens ont été enregistrés sur bandes audio et retranscrits afin de permettre les relectures nécessaires à la réalisation d'une analyse systématique. Dans la mesure du possible, les divers thèmes ont été abordés dans le même ordre et les entrevues ont été menées de manière assez similaire, tout en cherchant à respecter le fil associatif des sujets.

Dépouillement des entretiens. Une première analyse verticale des corpus a été faite, à partir de lectures répétées du matériel. Des résumés synthèses et notes préliminaires ont été rédigés et des citations clé ont été identifiées. Cette démarche a permis de dégager des catégories conceptuelles et de les articuler entre elles. Un deuxième niveau d'analyse a constitué en une comparaison des entrevues entre elles (analyse transversale). Ainsi, à partir des récurrences et des divergences, de nouvelles catégories conceptuelles, plus larges, ont été identifiées.

⁸ Deux centres de recrutement des témoins, plutôt qu'un seul, ont été privilégiés afin d'éviter certains biais, difficilement identifiables, que pourraient induire le choix professionnel des témoins (re : présence de « caractéristiques-types » chez les étudiantes en psychologie et/ou en sciences infirmières).

Résultats

Attitudes et fantasmes à l'égard de la perspective de la maternité

La majorité des jeunes femmes souffrant d'un TCA tiennent des propos fort positifs, voire idéalisés à l'égard de la maternité. Toutes évoquent l'importance d'une telle expérience et le bonheur qui y est associé, mais certaines l'abordent avec une intensité accrue, la présentant comme étant l'expérience ultime (*« Avoir un bébé, ça représente tout, c'est la plus belle chose au monde »*; *« Pour moi, c'est tout, c'est le bonheur absolu »*; *« je ne rêve que d'un truc, c'est d'avoir un enfant »*). Plusieurs jeunes femmes mentionnent la beauté du corps des femmes enceintes et font part de la fascination qu'elle exercerait sur elles. (*« Je trouve qu'une femme enceinte, c'est super beau (...) la forme du ventre bien arrondie »*; *« Il n'y a rien de plus beau qu'une femme enceinte »*). Tenant compte des divers travaux démontrant que la grossesse risque de donner lieu à d'importantes insatisfactions à l'égard de l'image corporelle (Abraham et al., 2001; Peolidis, 2004) se traduisant chez certaines par une résurgence du trouble alimentaire (Crow et al., 2004; Senior et al., 2005), ces résultats s'avèrent étonnants.

Bien que certaines tendent à banaliser l'importance que prendrait pour elles l'accès à la maternité, plusieurs semblent concevoir cette perspective comme une opportunité de réparation de soi. C'est d'ailleurs ce thème de réparation de soi qui ressort avec force de l'abord de cette question. Cette réparation se traduit à travers divers propos référant à une (re)valorisation de soi (re : avoir réussi quelque chose, prendre davantage soin de soi et guérir son TCA afin d'être une bonne mère, donner un sens et une direction à sa vie...) et à l'instauration d'un lien gratifiant, compensatoire avec le bébé. L'adoption de tels propos laisse croire que les bébés auxquels ces jeunes femmes donneraient naissance risqueraient de porter un lourd fardeau d'espoirs de guérison –physique et psychique- (*« Avoir un bébé, ça serait une possibilité de donner tout l'amour qu'on a pas pu donner... »*; *« ...Ce serait magnifique [une grossesse], j'aurais au moins réussi quelque chose dans ma vie »*; *« Ma*

vie serait mieux, j'aurais un enfant, ma famille; quelqu'un dont je pourrais m'occuper »;
« ...Je me soucieraais plus d'être en bonne santé »).

Si l'on observe plusieurs similitudes entre les propos des jeunes femmes des deux groupes, on note également certaines différences marquées. La perspective de la maternité est également abordée avec un enthousiasme indéniable et peu nuancé par les jeunes femmes du groupe témoin qui, elles aussi, évoquent fréquemment la beauté et la plénitude des femmes enceintes. Cependant, et contrairement aux jeunes femmes du premier groupe, plusieurs d'entre elles soulignent les nombreux changements identitaires qu'induirait l'accès à la maternité (re : devenir plus femme, devenir un couple parental avec son conjoint...). Elles insistent sur la nécessaire coexistence des diverses dimensions de leur identité –professionnelle, amoureuse et personnelle- qui ne doivent pas être occultées par l'accès au statut de mère (*« Une mère, elle doit aussi être une femme et elle doit pas tout sacrifier parce que c'est l'horreur une mère sacrifiée, ça rend les enfants malheureux »;*
« J'ai envie d'avoir toujours une vie de femme et pas seulement une vie de mère, parce que c'est quand même important; on ne se résume pas à être une mère »). Cet abord du thème de l'identité s'avère propre aux jeunes femmes du groupe témoin et demeure central dans leur discours. Pourtant, de tels propos ont été mis en lumière par Delos-Santos (2005) chez des femmes boulimiques enceintes.

Désir d'enfant

À l'exception d'une seule, toutes les jeunes femmes souffrant d'un TCA disent vouloir des enfants et abordent cette question avec enthousiasme, sans ambivalence apparente. Plusieurs d'entre elles affirment néanmoins douter de la « légitimité » et du réalisme d'un tel désir dans le contexte de leur pathologie alimentaire puisque les implications physiologiques et psychologiques d'une telle « maladie » compromettraient leur éventuel accès à la maternité. Parmi elles, certaines évoquent la douleur que suscite ce constat, rendant la maternité difficilement envisageable compte-tenu des nombreux conflits non-résolus qui feraient obstacle à sa concrétisation (*« J'ai vu ma cousine qui a eu un bébé*

l'année dernière (...) ça m'a aidée à me rendre compte que j'étais pas en accord du tout avec mon âge; j'avais 19 ans et j'avais un corps de 12 ans »; « Je ne me sens pas prête, j'ai peur de tout, en même temps j'admire toutes les femmes, je me dis pourquoi c'est si dur pour moi ces choses si naturelles [pour elles] »). Ces affirmations évoquent les craintes rapportées par Lemberg et Phillips (1989) voulant que les femmes enceintes souffrant d'un TCA doute de leur capacité à offrir un maternage adéquat.

Mentionnons que la plupart des jeunes femmes disent avoir été subjuguées par les bébés à une certaine époque de leur vie, vers l'âge de la latence (*«Jusqu'à l'âge de 10 ans, j'étais très attirée par les bébés, je découpais dans les catalogues de bébés »; « Les bébés, les poupées; je crois que l'étape où on a des poupées, c'est vachement important et le sentiment maternel, j'ai ressenti (...)»*). Certaines affirment avoir ensuite connu une période, au moment de l'adolescence lors de laquelle elles n'auraient pas souhaité avoir d'enfant. Ajoutons enfin que plusieurs désireraient occuper un emploi leur permettant de travailler auprès d'enfants ou l'auraient déjà fait par le passé. Ces précisions ont été apportées spontanément par les patientes, sans qu'elles ne soient sollicitées par l'intervieweur.

Toutes les jeunes femmes issues du groupe témoin affirment désirer des enfants et se montrent tout aussi enthousiastes à cette idée que les premières, mais elles en parlent autrement. Si la majorité d'entre elles affirment désirer des enfants depuis toujours et jamais en avoir douté, certaines font part des questionnements et réflexions que suscitent chez elles une telle éventualité (conciliation travail et famille, sacrifices nécessaires, perte de liberté, responsabilités accrues, désir d'enfant du conjoint, attente du moment propice...). L'ambivalence se dégageant de ces propos semble être le fruit d'une réflexion déjà amorcée et mûrie, comme si le désir d'enfant de ces jeunes femmes cherchait à s'ancrer dans la réalité de la vie quotidienne qu'elles souhaitent éventuellement se construire. Ces divers constats donnent l'impression qu'il s'agit d'un désir moins idéalisé et davantage confronté aux aléas de la réalité (du moins en pensées).

Craintes et appréhensions

De façon générale, la plupart des jeunes femmes du GR1 se disent peu inquiètes par la perspective d'une éventuelle grossesse. Chacune d'entre elles fait cependant allusion à la prise de poids inhérente à la grossesse, mais toutes semblent convaincues qu'elles la toléreraient plutôt bien. La particularité du contexte (re : prise de poids nécessaire pour le bébé) ainsi que la « beauté des femmes enceintes » justifieraient cette tolérance. Si certaines patientes affirment craindre d'être stériles, d'autres n'abordent pas directement cette question qui semble néanmoins sous-jacente à leur discours, notamment à travers des propos évoquant les séquelles physiologiques que pourrait entraîner leur aménorrhée. Les craintes d'abîmer le fœtus (re : déformations) et d'être insuffisamment responsable sont également mentionnées (*« Peur de ne pas manger correctement, de ne pas avoir le bon régime adapté pour le bien de l'enfant, je sais pas, qu'il soit déformé »*; *« je trouverais magnifique d'avoir des enfants, mais je me dis qu'il faut être capable d'être responsable, d'assumer »*). Des craintes de même nature ont été rapportées par Lemberg et Phillips (1989) ainsi que par Lewis et le Grange (1994). Ajoutons enfin que deux jeunes femmes affirment n'avoir aucune crainte quant à la maternité.

Les propos des jeunes femmes du second groupe ne diffèrent pas beaucoup du discours des patientes, mais toutes font part de certaines inquiétudes. Les craintes évoquées concernent principalement les risques de complications médicales inhérentes à la grossesse et à l'accouchement –pour elles et pour le bébé–, les douleurs et malaises qui y sont associés ainsi que l'éventualité d'une stérilité (*« Je reste lucide (...) on a des nausées, bon maintenant il y a l'épidurale, mais l'accouchement, c'est quand même quelque chose qui, mythiquement, se fait dans la souffrance »*; *« ...Tout ce qui est les malaises, les crampes, les chevilles qui enflent, le régime alimentaire particulier (...) il y a ce côté de souffrance à gérer »*; *« Une des choses les pires qui pourraient m'arriver, c'est d'apprendre que je suis stérile »*). Quelques jeunes femmes évoquent également l'après-coup, soit les pertes associées à la maternité (perte de liberté et d'intimité) ainsi que des doutes concernant leurs

compétences parentales. Aucune d'entre elles ne mentionne la prise de poids ou les changements corporels.

Contexte imaginaire dans lequel s'inscrirait la grossesse

Contexte général. Si quelques jeunes femmes du premier groupe mentionnent leur empressement à devenir mère, plusieurs affirment ne pas s'y sentir prêtes en raison de leur pathologie alimentaire. Bien que ce thème ne suscite que peu d'élaborations, la majorité des patientes soulignent la nécessité de se sentir mieux avec elles-mêmes et d'entretenir préalablement un lien stable avec un éventuel conjoint. L'âge auquel elle souhaiterait avoir un enfant semble d'une certaine importance puisque plusieurs d'entre elles le précisent, mais sans en spécifier la signification.

Les jeunes femmes du groupe témoin semblent davantage capables d'imaginer un contexte global au sein duquel elles souhaiteraient fonder une famille. Toutes mentionnent l'importance du père et la nécessité d'un lien conjugal solide. Elles soulignent également leur désir d'attendre d'être en mesure de se donner les conditions favorables -personnelles, conjugales, professionnelles et financières- avant de donner suite à leur projet de bébé.

Le père du bébé. La question du père donne lieu à peu d'élaborations et ce, tant chez les jeunes femmes du premier groupe que chez celles du second. En général, le père est décrit de façon assez similaire par les jeunes femmes des deux groupes qui l'imaginent impliqué auprès de l'enfant et capable d'assumer ses responsabilités paternelles et conjugales (« ...*Qui serait responsable, on partagerait les tâches, le travail, la maison, qui promènerait l'enfant* »; « *Je veux absolument qu'il soit présent, un père proche qui s'épanouit avec son enfant, qui fait pas qu'aller au boulot* »). Plusieurs mentionnent spontanément l'importance de l'instauration préalable d'un lien conjugal fort avec un homme aimé et aimant afin de fonder une famille. La seule différence notable se situe au niveau formel. Le thème du père du bébé apparaît plus rapidement dans le discours des jeunes femmes du groupe témoin qui l'abordent d'elles-mêmes. Les patientes souffrant

d'un TCA n'en parlent pas spontanément, elles le font plutôt lorsqu'on leur demande de le faire.

Les attitudes des parents à l'égard de la maternité de leur fille. Lorsqu'on les interroge à l'égard des réactions que pourraient susciter chez leurs parents l'annonce de leur éventuelle grossesse, les jeunes femmes des deux groupes imaginent des attitudes assez similaires. La majorité d'entre elles soulignent qu'une telle nouvelle serait actuellement très mal reçue par leurs parents. Les premières imaginent que leurs parents considéreraient le TCA comme une contre-indication majeure à une grossesse alors que les secondes affirment que leurs parents s'y opposeraient fermement dans le contexte actuel (re : études inachevées, relation amoureuse insuffisamment établie...). Les jeunes femmes des deux groupes imaginent néanmoins que leur grossesse serait bien accueillie dans un contexte y étant favorable, ce qui diffère des conclusions de Patel et ses collaborateurs (2005) voulant que les jeunes femmes souffrant d'un TCA tendent à percevoir un jugement négatif de la part d'autrui à l'égard de leur identité maternelle. Selon elles, la perspective de devenir grands-parents ravirait leurs parents (particulièrement ceux des jeunes femmes souffrant d'un TCA puisque la grossesse confirmerait la guérison du TCA). Certaines jeunes femmes des deux groupes évoquent enfin la surprise et le malaise que pourrait occasionner leur grossesse au sein des liens qu'elles entretiennent avec leurs parents; une telle éventualité témoignerait de leur vie sexuelle active et contraindrait leurs parents à les considérer comme des adultes –femmes et sexuées- (« *Je crois qu'ils seraient terriblement étonnés, parce qu'à mon avis, ils doivent se dire... ils comprendraient que j'ai pu grandir* »).

Le bébé imaginaire

Le bébé idéal. L'abord de la question du bébé idéal a donné lieu à un flot verbal considérable chez les jeunes femmes souffrant d'un TCA ainsi qu'à des propos remarquablement riches. De l'ensemble des thèmes discutés, celui-ci aura suscité une élaboration inégalée. La relation existant entre la description que font ces jeunes femmes du bébé idéal et d'elles-mêmes s'avère frappante. Le bébé idéal est imaginé et décrit en

fonction d'elles-mêmes, présenté à travers les mêmes mots utilisés lorsqu'elles réfèrent aux caractéristiques qui leur sont propres. Ce bébé posséderait leurs qualités et leurs particularités. Il serait porteur de tout ce à quoi elles aspirent et serait exempt de leurs failles et de leurs défauts, de leurs blessures et de leurs expériences malheureuses. Ainsi, le bébé idéal serait, pour ces jeunes femmes, une « version améliorée » d'elles-mêmes, imaginée en correspondance avec ce qu'elles apprécient d'elles-mêmes et ce qu'elles souhaiteraient être ainsi qu'en opposition avec ce qu'elles déplorent d'elles-mêmes « *Je crois que je l'imagine parfaite... mignonne, gentille, intelligente, un peu timide. Parce que moi je suis un peu timide (...) un peu comme moi, en mieux* »; « *Je voudrais qu'il soit [le bébé] ce que je veux être moi* ». Parmi les nombreuses caractéristiques évoquées, « un bébé bien dans sa peau et dans son corps » s'avère la plus fréquemment citée.

Ce thème donne lieu à des propos nettement moins chargés chez les jeunes femmes du groupe témoin. Plusieurs d'entre elles s'interrogent quant à la pertinence de cette question (re : « un bébé idéal, ça n'existe pas ») qu'elle préfère formuler autrement. Ainsi, elles font part de ce qu'elles imaginent pour leur *futur* bébé. Bien qu'il soit décrit selon un processus assez similaire à celui observé chez les jeunes femmes du premier groupe (« version améliorée » de soi), certaines caractéristiques du père éventuel -décrit précédemment- ou du conjoint actuel, sont présentes. Plusieurs jeunes femmes soulignent également leur souci d'offrir à leur enfant la liberté de devenir ce qu'il souhaitera. À l'instar des jeunes femmes du premier groupe, celles du second mentionnent l'importance d'une bonne santé physique et mentale.

Les ressemblances du bébé. Contrairement au bébé idéal, la question des ressemblances du bébé donne lieu à des réponses plus courtes et banales chez les jeunes femmes du premier groupe (« ...à moi forcément et à son père, quoi »; « à moi petite »; « à ses parents »). La majorité d'entre elles évoquent d'abord des ressemblances à elles-mêmes et, lorsqu'elles élaborent davantage, en parlent de façon similaire à ce qui est observé lors de l'abord du thème du bébé idéal. Les ressemblances au père sont également nommées, ce dont il avait été très peu question lors des discussions concernant le bébé idéal. Une jeune femme n'a

pas été en mesure de répondre à cette question alors qu'elle avait été en mesure d'imaginer un bébé idéal, décrit en opposition à sa perception d'elle-même.

Les jeunes femmes du groupe témoin donnent également des réponses courtes et peu élaborées à cette question. Si quelques unes mentionnent, avec un certain plaisir mal assumé, qu'elles souhaiteraient un bébé qui leur ressemblent, la majorité d'entre elles imaginent des ressemblances au père mais également à divers membres de la famille élargie (grands-parents, cousins...)

Le sexe du bébé. Aucune préférence marquée concernant le sexe du bébé ne se dégage du discours des jeunes femmes souffrant d'un TCA. Lorsqu'elles sont présentes, ces préférences sont exprimées timidement. Les explications fournies par les jeunes femmes afin de les justifier demeurent d'un plus grand intérêt. Quelques unes diront clairement qu'il serait plus simple d'avoir une fille afin de se retrouver en « terrain connu » alors qu'être mère d'un garçon impliquerait « nécessairement » une sexualisation des liens qui pourrait s'avérer inconfortable (« *Je me dis que c'est plus dur à élever un garçon, ça me ferait bizarre quand il grandirait, je sais pas, j'ai l'impression d'être plus gênée* »). D'autres soutiennent qu'elles pourraient préférer avoir un garçon afin d'éviter d'être confrontée aux enjeux de rivalité féminine inhérents aux rapports mère-fille (« *J'aurais préféré un garçon parce que je suis jalouse et peut-être que j'aurais entretenu un rapport concurrentiel avec ma fille* »).

Les jeunes femmes du groupe témoin se disent également peu préoccupées par cette question. Certaines s'imaginent plus à l'aise avec une fille ou se disent désireuse de connaître ce que serait le lien mère-fille selon une perspective maternelle. Quelques unes s'appuient sur la nature des relations les unissant à leurs parents, qu'elles utilisent comme point de repères auquel elles font référence, afin de penser leurs éventuels rapports à leur enfant.

À propos de la constellation familiale

Bien que cette question n'ait pas été explicitement formulée (ni même envisagée) par l'intervieweur, l'analyse du matériel d'entrevues permet de constater, chez les jeunes femmes du premier groupe, une forte tendance à chercher à reproduire, de façon imaginaire, la constellation familiale (désirer avoir le même nombre d'enfants, du même sexe que la fratrie, être une mère semblable à la leur...). Plusieurs jeunes femmes affirment explicitement ce désir, alléguant le fait qu'il serait plus facile de demeurer dans le connu (*« Je pense qu'inconsciemment, je calque le schéma familial »*; *« Je me vois un peu élever mes enfants comme ma mère m'a élevée et que mon copain soit un peu comme mon père, qu'il ait un peu la même personnalité »* *« J'aimerais bien avoir une fille parce que je suis très bien avec ma mère et j'aimerais bien retrouver la même chose avec une fille »*). D'autres n'en font pas clairement mention, mais décrivent néanmoins une famille imaginaire analogue à la famille originale. Il semble que ce désir de reproduction de la famille prédomine sur le désir d'avoir un enfant d'un sexe ou de l'autre.

Ce constat est moins évident chez les jeunes femmes du groupe témoin. Quelques unes disent ouvertement éprouver ce désir de reproduire la constellation familiale alors qu'aucun indice ne nous laisse penser qu'il en serait ainsi chez la majorité d'entre elles.

La mère idéale

À l'instar du thème du bébé idéal, celui de la mère idéale a donné lieu à une élaboration considérable de la part des jeunes femmes souffrant d'un TCA. Elles abordent longuement cette question, s'appuyant sur leurs perceptions de leur mère et de la nature du lien qu'elles entretiennent avec elle afin d'imaginer ce que pourrait être la mère idéale. Ainsi, et comme pour le bébé idéal, la mère idéale est pensée et décrite en correspondance et/ou en opposition avec la mère réelle et avec sa façon d'être en lien avec sa fille. Alors que plusieurs jeunes femmes affirment que la mère idéale *est* la leur à quelques détails près (*« c'est ma mère que je vois comme la mère idéale »*; *« ma mère sans cette anxiété »*;

« *c'est la mienne* »), d'autres la décrivent à l'inverse de ce qu'elles ont connu, en fonction de ce qu'elles auraient souhaité trouver auprès de leur mère et qui aurait fait défaut. De façon générale, on constate que toutes jeunes femmes insistent sur la nécessité d'établir une distance relationnelle mère-enfant adéquate, habituellement décrite en termes d'une proximité non-intrusive. La mère idéale serait chaleureuse et présente –sans l'être trop-, protectrice et source de soutien –mais non envahissante-. Elle investirait son enfant pour lui-même et non pour combler ses propres besoins. Les jeunes femmes ayant entretenu avec leur mère un lien très (trop?) étroit affirment que la mère idéale doit se soucier de ne pas étouffer son enfant alors que celles qui auraient souhaité se sentir plus proches d'elle imaginent une plus grande intimité entre la mère idéale et son enfant.

On remarque ce même processus chez les jeunes femmes du groupe témoin dans la façon de construire leurs propos concernant la mère idéale. Elles aussi la décrivent en fonction des caractéristiques propres à leur mère et au lien qui les unit à elle, en correspondance ou en opposition à ce qu'elles ont connu. La question de l'instauration d'une distance relationnelle adéquate s'avère tout aussi centrale dans leur discours que dans celui des jeunes femmes souffrant d'un TCA. Elles l'abordent dans des termes similaires à ceux qu'utilisent les jeunes femmes du groupe un, mais insistent davantage sur la nécessaire capacité et le nécessaire désir de la mère idéale à préserver un espace pour un tiers –le père, la fratrie, les amis, le travail- (« *La mère qui sait garder une place pour tout le monde* »; « *Qu'elle fasse des activités avec ses enfants puis en même temps, qu'elle aime la vie, qui va pouvoir faire des choses en dehors de ses enfants* »). Les jeunes femmes du groupe témoin mentionnent également l'importance de favoriser l'autonomie de l'enfant, mais soulignent aussi la responsabilité de la mère dans l'acquisition de la confiance en soi et dans la transmission du goût du bonheur. Ainsi, la mère idéale serait une mère heureuse, capable d'offrir une place à chacun sans se sacrifier complètement, respectueuse de l'existence propre de son enfant et de ses volontés et enfin, soucieuse d'offrir à son enfant les outils nécessaires à son épanouissement. Si certaines citent parfois leur mère comme modèle de mère idéale, elles précisent que cet idéal se situe non pas dans la perfection, mais plutôt dans le suffisant (« *La mère idéale, elle fait de son mieux* »).

Discussion

Certains constats s'imposent suite à l'analyse des propos recueillis lors des entretiens réalisés auprès de l'ensemble des jeunes femmes.

L'aspect formel : Richesse ou pauvreté de l'univers fantasmatique?

Le premier, d'ordre formel, concerne l'étonnante élaboration verbale à laquelle a donné lieu l'abord de la maternité. Toutes les jeunes femmes souffrant d'un TCA ont été en mesure de faire part de leurs perceptions, conceptions et fantaisies concernant la maternité et les divers aspects qui y sont associés. La majorité d'entre elles l'ont fait avec un enthousiasme et un plaisir évidents, élaborant d'elles-mêmes, sans que le soutien de l'intervieweur ne soit nécessaire (re : relances, nombreuses demandes de précisions...). La qualité formelle de leur discours ne diffère pas de celui des jeunes femmes du groupe témoin chez qui l'on note les mêmes caractéristiques.

Perspective de maternité: Variations sur un même thème

S'affranchir du modèle familial d'origine : L'impasse. La correspondance existant entre la famille d'origine et la famille « imaginaire » chez les jeunes femmes souffrant d'une pathologie alimentaire s'avère également frappante. Cette famille, qu'elles imaginent devenir la leur, semble littéralement calquée et collée sur leur propre réalité familiale qu'elles tendent à reproduire en fantaisies. Envisager l'éventualité de l'accès à la maternité semble, en effet, donner lieu à des fantaisies fortement empreintes de l'histoire familiale au sein desquelles on ne retrouve que très peu d'espace pour une histoire qui leur serait propre. L'ensemble du matériel présenté témoigne de cette reproduction (constellation familiale similaire, correspondance entre la mère idéale et la mère réelle, similitudes entre le couple parental et le couple que formerait la jeune femme avec son conjoint, préférence pour le sexe du bébé en fonction de ce qu'elles ont connu...). Le discours des jeunes femmes du groupe témoin semble avoir une teneur différente. L'histoire familiale demeure présente

chez ces jeunes femmes, mais moins déterminante dans leurs fantaisies. Elle semble plutôt servir de point d'ancrage sur lequel elles s'appuient pour construire leur famille imaginaire, une famille au sein de laquelle il semble exister plus de place pour le différent et pour leur propre individualité.

Le constat de ce calquage du modèle familial d'origine soulève plusieurs interrogations quant aux mécanismes psychiques en jeu. Cette reproduction de la famille traduit-elle des difficultés au sein du processus de séparation et d'individuation? Représente-t-elle une tentative visant à esquiver la rivalité œdipienne? Est-elle le fruit de l'idéalisation de la famille d'origine? Ou encore, est-elle simplement la résultante d'une certaine forme de concrétude ou de rigidité qui caractériserait ces jeunes femmes chez qui le flot verbal masquerait la pauvreté de l'univers fantasmatique? À l'inverse, cette apparente concrétude serait-elle défensive, représentant une protection contre des fantaisies autres qui menaceraient la non-séparation d'avec les parents?

La nature du matériel clinique présenté permet de proposer que la reproduction de la réalité familiale aurait effectivement pour but –entre autres- l'évitement d'une réelle séparation et autonomisation des jeunes femmes qui semblent demeurer enfermées dans le connu, le familier et le familial. Leurs fantaisies concernant les éventuelles réactions parentales à l'annonce de leur grossesse semblent, de plus, aller en ce sens. L'incrédulité attribuée aux parents face à l'annonce d'une telle nouvelle tiendrait à leur difficulté à intégrer l'identité de femme adulte sexuée, donc séparée (d'eux), de leur fille. Si l'on considère cette attribution comme le fruit d'un mécanisme de projection, on peut imaginer que ce sont les jeunes femmes elles-mêmes qui n'arrivent pas à quitter une position infantile pour accéder à une plus grande individuation (et, peut-on penser, pour accéder à une position de rivale de la mère).

Cet évitement de la séparation et de l'autonomisation semble également se manifester à travers le peu de place qu'occupe le tiers dans le discours de ces jeunes femmes. Ce tiers, peu importe sa forme –amoureux, père, emploi ou vie sociale- s'avère

presqu'absent de leurs propos; seuls la mère et le bébé semblent compter. Contrairement aux premières, les jeunes femmes du second groupe insistent sur la présence (nécessaire et souhaitée) du père de leur enfant ainsi que sur leur désir de maintenir vivantes et actives les diverses sphères de leur existence. Ainsi, la perspective de la maternité semble évoquer des fantaisies de natures différentes chez les jeunes femmes des deux groupes. Alors que la relation mère-bébé et le plaisir associé à l'étroitesse de ce lien exclusif semble prédominant au sein de l'imaginaire des jeunes femmes souffrant d'un TCA, ce sont plutôt l'affranchissement et la création d'une famille avec un amoureux qui semblent habiter les fantaisies des jeunes femmes du groupe témoin. Les fantaisies des premières semblent donc s'inscrire dans un mouvement régressif visant un retour à la mère, au lien privilégié mère-bébé alors que celles des secondes semblent plutôt supporter un mouvement évolutif de séparation, un désir d'aller vers l'autre.

La conception théorique de Corcos (2000), faisant de l'aménorrhée et de la « grossesse en creux » un compromis fantasmatique entre le maintien d'un statut d'enfant et l'accès au statut de mère, semble également représenter une avenue intéressante afin d'interpréter nos résultats. S'appuyant sur la thèse de l'auteur, il semble possible de proposer que ce calquage fantasmatique du modèle familial puisse représenter un même compromis, une « famille en creux » : demeurer enfant tout en devenant mère. Ainsi, imaginer pour soi un modèle familial collé à celui de la famille d'origine serait accéder symboliquement à la maternité, mais dans un contexte où l'on demeure l'enfant. Suivant la logique de l'auteur, un tel compromis permettrait l'évitement de la rivalité mère-fille.

Mentionnons enfin les propos des patientes concernant leur investissement massif à certains moments de leurs vies, de bébés et/ou de jeunes enfants ainsi que le désir de la majorité d'entre elles de travailler auprès d'enfants. Cet intérêt marqué pour les bébés et les enfants d'autrui semble à nouveau évoquer l'idée de la « grossesse en creux » et de la possibilité -fantasmatique- d'avoir un bébé sans en avoir un.

À l'évitement de la séparation et de la rivalité œdipienne, s'ajoute la question du double qui semble également sous-jacente à ce constat du calquage de la famille d'origine. La création, en fantasmes, d'une famille qui leur serait propre échoue; c'est d'un clone du modèle familial d'origine que nous entretennent les jeunes femmes souffrant d'un TCA.

L'idéal, le double et le réparé. Plusieurs propos tenus par les jeunes femmes présentant une psychopathologie alimentaire semblent sous-tendus par les questions de l'idéal, du double et de la réparation. Parmi ces propos, l'affirmation de ces jeunes femmes voulant que l'accès à la maternité donne un sens à la vie s'avère fort intéressante. La particularité de ce propos semble résider dans le fait que ce n'est pas tant l'accès au statut de mère ou aux changements identitaires dont il est porteur qui donnerait un sens à la vie, mais plutôt l'arrivée de l'autre (qui n'en serait pas un) –le bébé- et l'opportunité de réparation qu'il semble fournir : prendre davantage soin de soi, réussir quelque chose, avoir quelqu'un à aimer. La maternité ne serait pas nécessairement l'occasion d'acquérir une nouvelle maturité, d'accéder à un nouveau stade développemental ou d'atteindre un plus grand affranchissement –ce qui est explicite dans le discours des jeunes femmes du groupe témoin-. Elle représenterait plutôt l'occasion d'une seconde chance pour soi-même, voire presque d'une seconde naissance, porteuse de tous les espoirs et de tous les idéaux. Le bébé (idéal) semble donc représenter un double d'elle-même sur lequel elles peuvent projeter l'idéal auquel elles aspirent pour elles-mêmes. L'investissement massif des bébés et des enfants d'autrui pourrait également être considéré sous cet angle de la réparation et du double. S'occuper d'eux pourrait ainsi être une façon de s'occuper d'elles-mêmes.

Ce thème de l'opportunité réparatrice semble également présent dans la description que font les jeunes femmes souffrant d'un TCA de la mère idéale. La nature du lien imaginé unissant la mère idéale à son bébé, un lien décrit en fonction de ce qui serait advenu, ce qui aurait fait défaut et ce qui aurait été souhaité entre elles-mêmes et leur mère, laisse croire que la naissance d'un bébé pourrait elle aussi fournir l'occasion de refaire l'histoire du lien mère-fille, de panser ses blessures et de parer à ses insuffisances, à ses ratés. Cet aspect de réparation du lien mère-fille s'avère aussi présent chez les témoins,

mais abordé de façon plus nuancée et réaliste. L'histoire ne semble pas à reconstruire, mais plutôt à peaufiner.

Mentionnons enfin le peu de craintes et d'appréhensions que semble susciter la perspective de la maternité chez les jeunes femmes souffrant d'un TCA. Bien qu'un tel constat s'avère d'emblée plutôt étonnant, il semble tout à fait s'inscrire dans la lignée d'une idéalisation de la maternité qui ne comporterait que très peu d'aspects négatifs – peu de risques, peu d'inquiétudes. Les jeunes femmes du groupe témoin se disent davantage inquiètes, ce qui semble traduire un plus grand réalisme face à une telle perspective.

Limites méthodologiques

Parmi les limites méthodologiques que présente cette étude, mentionnons le petit nombre de sujets rencontrés, la ponctualité des entretiens (un seul entretien par sujet), l'absence de follow-up ainsi que la connaissance restreinte du contexte global dans lequel s'inscrivent les propos des jeunes femmes interviewées. En effet, le discours des participantes représente les conceptions, opinions, et réactions affectives qu'elles expriment à un moment précis, teintées de toutes sortes de variables confondantes et incontrôlables (re : état d'esprit du moment, désirabilité sociale, idiosyncrasie des associations, rapport à l'intervieweur...). Ajoutons enfin que les patientes rencontrées proviennent d'un milieu hospitalier valorisant le travail psychothérapique d'allégeance psychanalytique. Il s'agit donc très probablement de jeunes femmes sensibilisées aux enjeux inconscients et conflits intrapsychiques. Ces diverses considérations restreignent la généralisation des résultats obtenus au cours de cette étude. Des études de cas, des recherches à long terme et/ou à mesures répétées s'avèreraient nécessaires afin de vérifier nos hypothèses et de mettre à l'épreuve nos résultats.

Conclusion

On constate avec force que la perspective de la maternité et de l'éventuel projet de grossesse sollicite, chez les jeunes femmes souffrant d'un TCA, des fantaisies de l'ordre de l'idéal, du double, du non-séparé et de la réparation, tous des thèmes évoquant une problématique narcissique. Bien qu'il demeure évident que l'investissement narcissique soit présent dans tout projet de maternité chez toute femme, il semble néanmoins avoir une teneur différente chez les patientes rencontrées. L'idéalisation de la maternité qui « représenterait tout », l'insistance avec laquelle les jeunes femmes affirment que la naissance d'un enfant donnerait un sens à leur vie, le peu de place disponible pour un tiers au sein de la dyade mère-enfant, les fantasmes de réparation de soi et du lien mère-fille à travers l'enfant à venir ainsi que l'importance du thème de la beauté des femmes enceintes apparaissent comme autant d'exemples de l'intensité spécifique de l'investissement narcissique d'un tel projet par les jeunes femmes souffrant d'un TCA.

À la lumière de ces diverses considérations, on peut penser que ces jeunes femmes seraient à risque d'instaurer avec leur enfant, un lien tout à fait contraire à celui qu'elles souhaiteraient entretenir avec cet enfant. Bien qu'elles évoquent, avec conviction, la nécessité d'établir une distance relationnelle adéquate mère-enfant et d'investir l'enfant pour lui-même, elles imaginent un bébé réparateur évoluant au sein d'une dynamique mère-enfant exclusive. Il y a là une contradiction frappante témoignant, à notre avis, de l'écart existant entre les aptitudes introspectives (ou « pseudo-introspectives ») que démontrent ces jeunes femmes et leurs capacités à intégrer affectivement les insights (ou « pseudo-insights ») en résultant. En ce sens, leur souci conscient -et sûrement sincère- d'instaurer une distance relationnelle adéquate avec le bébé, leur connaissance intellectuelle et rationnelle du nécessaire respect de ses besoins et désirs pourraient ne pas faire le poids contre leur histoire et leur psychopathologie.

Malgré l'enthousiasme évident noté chez les jeunes femmes du groupe témoin à l'égard de la maternité, cette démesure est absente de leur discours qui demeure plus

nuancé et ambivalent, parsemé de propos évoquant leur désir d'une coexistence des diverses dimensions de leur vie et de la présence de tiers.

Perspective de maternité et santé mentale

De tels constats suscitent également certaines interrogations quant aux rapports qui existeraient entre les particularités de l'univers fantasmatique évoqué par l'éventualité de la maternité chez les jeunes femmes souffrant d'un TCA et l'évolution de leur santé mentale en cours de grossesse et en post-partum. Ainsi, peut-on penser que l'idéalisation de la maternité et les fantaisies de réparation auxquelles elle donne lieu puissent servir de support à l'amélioration symptomatique notée lors de la grossesse (Crow et al., 2004; Morgan et al., 1999; Rocco et al., 2005)? Peut-on également envisager que la confrontation à la réalité de la grossesse et de l'arrivée du bébé -moins idéales qu'imaginées- ainsi qu'aux exigences y étant associées (résurgence des enjeux du développement psycho-sexuel, confrontation au bébé réel et à ses besoins, changements corporels et prise de poids...) sollicitent les stratégies défensives habituelles et donnent lieu à une rechute de la pathologie alimentaire? Peut-on enfin imaginer que le décalage existant entre l'idéalisation initiale de la maternité et la réalité de la grossesse et du bébé puisse être en partie responsable de la propension de ces femmes à souffrir de dépression postnatale? Bien que théoriquement valables, ces diverses hypothèses méritent d'être mises à l'épreuve via la réalisation de recherches cliniques et empiriques.

Méconnaissance de « l'avant-conception » : Pourquoi?

La méconnaissance de l'univers fantasmatique des jeunes femmes souffrant de TCA concernant la perspective de la maternité, les enjeux et désirs y étant associés s'avère frappante. Une meilleure connaissance de cet univers fournirait pourtant de nouveaux éléments de compréhension étiologique de ces psychopathologies et permettrait une meilleure intervention psychothérapique. En effet, la possibilité d'un travail de mentalisation des enjeux conflictuels concernant l'accès à la maternité pourrait permettre

de penser le désir d'enfant et l'éventualité de l'accès à la maternité avant qu'elle n'advienne ou qu'elle ne puisse advenir. Un tel travail pourrait également favoriser la prévention d'agirs se manifestant sous forme de grossesses non-désirées, de rechutes symptomatiques ou de ruptures de fonctionnement associés à la maternité ainsi que de diverses conséquences associées à la présence –actuelle ou passée- d'un TCA chez les femmes enceintes. La sensibilisation des cliniciens à l'importance d'aborder ces questions apparaît fort pertinente.

L'absence de travaux consacrés aux questions de « l'avant-conception » nous interroge. Son abord, prédominant dans les contextes de conception -et de ses pathologies- ou d'inconception, s'explique peut-être, comme le proposent certains auteurs, par le fait que c'est la défaillance du corps, beaucoup plus que la détresse psychique, qui motive ces femmes à consulter. Mais au-delà de cette explication, peut-on penser que le peu d'intérêt manifesté par les cliniciens et chercheurs à l'égard des questions de l'avant traduise également une forme de réaction s'apparentant au contre-transfert? Est-ce possible d'envisager qu'à l'instar des jeunes femmes souffrant d'un TCA, il nous soit difficile de les considérer comme des femmes adultes et sexuées, habitées par un désir d'enfanter? Ont-elles réussi à faire en sorte que, bien malgré nous, nous les maintenions dans une position infantile en évitant de nous intéresser à ce qui pourrait faire d'elles des êtres sexués, donc séparés?

Références

- American Psychiatric Association. (1996). *DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd.) (version internationale) (Washington, DC, 1995). Traduction française par J. D. Guelfi et al., Masson : Paris.
- Abraham, S. (1998). Sexuality and reproduction in bulimia nervosa patients over 10 years. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(3-4), 491-502
- Abraham, S. (2001). Obstetricians and maternal body weight and eating disorders during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 22(3), 159-163.
- Abraham, S., Mira, M., & Llewellyn-Jones, D. (1990). Should ovulation be induced in women recovering from an eating disorder or who are compulsive exercisers? *Fertility and Sterility*, 53(3), 566-568.
- Abraham, S., Taylor, A., & Conti, J. (2001). Postnatal depression, eating, exercise and vomiting before and during pregnancy. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 482-487.
- Agman, G., Corcos, M., & Jeammet, P. (1994). Troubles des conduites alimentaires. *Encyclopédie médico-chirurgicale*. 37-350-A-10, 1-16.
- Baker, C. W., Carter, A. S., Cohen, L. R., & Brownell, K. D. (1999). Eating attitudes and behaviors in pregnancy and postpartum: Global stability versus specific transitions. *Annals of Behavioral Medicine*, 21(2), 143-148.
- Beumont, P., & Tam, P. (2001). Anorexia nervosa, infertility and pregnancy. *Medical Journal of Australia*, 174(3), 155-156.
- Birmingham, C. L., & Beumont, P. (2004). *Medical management of eating disorders: A practical handbook for health care professionals*. New York: Cambridge University Press.
- Blais, M. A., Becker, A. E., Burwell, R. A., Flores, A. T., Nussbaum, K. M., Greenwood, D. N., Ekeblad, E. R., & Herzog, D. B. (2000). Pregnancy : Outcome and impact on symptomatology in a cohort of eating-disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 140-149.

- Brinch, M., Isager, T., & Tolstrup, K. (1988). Anorexia nervosa and motherhood: Reproduction pattern and mothering behavior of 50 women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77(5), 611-617.
- Bruch, H. (1978). *The golden cage : The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge : Harvard University Press.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. L., Pickering, A., Dawn, A., & McCullin, M. (1999). Fertility and reproduction in women with anorexia nervosa: A controlled study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(2), 130-135.
- Corcos, M. (2000). *Le corps absent : Approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires*. Dunod : Paris.
- Corcos, M., Girardon, N., Granet, P., Cayol, V., & Jeammet, P. (1997). Troubles des conduites alimentaires, grossesse et infertilité : Revue de la littérature et perspectives. *Annales médico-psychologiques*, 155(7), 425-435.
- Crow, S. J., Keel, P. K., Thuras, P., & Mitchell, J. E. (2004). Bulimia symptoms and other risk behaviors during pregnancy in women with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 36(2), 220-223.
- Delos-Santos, D. A. (2005). The experience of pregnancy and the development of maternal identity in women recovering from bulimia nervosa. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 65(9-B), (US: University Microfilms International).
- El-Mallakh, R. S., & Tasman, A. (1991). Recurrent abortions in a bulimic : Implications regarding pathogenesis. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 215-219.
- Elfhag, K., & Linne, Y. (2005). Gender differences in associations of eating pathology between mothers and their adolescent offspring. *Obesity Research*, 13(6), 1070-1076.
- Fairburn, C. G., Stein, A., & Jones, R. (1992). Eating habits and eating disorders during pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, 54(6), 665-672.
- Faure-Pragier, S. (1997). *Les bébés de l'inconscient : Le psychanalyste face aux stérilités féminines aujourd'hui*. Paris : PUF.
- Franko, D. L., Blais, M. A., Becker, A. E., Delinsky, S. S., Greenwood, D. N., Flores, A. T., Ekeblad, E. R., Eddy, K. T., & Herzog, D. B. (2001). Pregnancy

complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1461-1466.

Franko, D. L., & Spurrell, E. B. (2000). Detection and management of eating disorders during pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 95(6), 942-946.

Garfinkel, P. E., & Garner, D. (1982). *Anorexia nervosa : A multidimensional perspective*. New York : Bruner/Mazel.

Hodes, M., Timimi, S., & Robinson, P. (1997). Children of mothers with eating disorders : A preliminary study. *European Eating Disorders Review*, 5(1), 11-24.

James, D. C. (2001). Eating disorders, fertility, and pregnancy: Relationships and complications. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 15(2), 36-48.

Kaplan, R. (1999). Anorexia nervosa, infertility, and pregnancy. *Medical Journal of Australia*, 171(7), 391-392.

Kestemberg, E., & Kestemberg, J. (1972). *La faim et le corps*. Paris : Presses universitaires de France.

Kouba, S., Hallstrom, T., Lindholm, C., & Hirschberg, A. L. (2005). Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstetrics and Gynecology*, 105(2), 255-260.

Kye, A., Mason, H., & Bolton, J. (2000). Reproduction and eating disorders : A fruitless union. *European Eating Disorders Review*, 8, 98-107.

Lai, B. P., Tang, C. S., & Tse, W. K. (2006). A longitudinal study investigating disordered eating during the transition to motherhood among Chinese women in Hong Kong. *International Journal of Eating Disorders*, 39(4), 303-311.

Lacey, J. H., & Smith, G. (1987). Bulimia nervosa : The impact of pregnancy on mother and baby. *British Journal of Psychiatry*, 150, 777-781.

Lachcar, P. (1991). Ambivalence du désir d'enfant chez l'adolescente. *Gynécologie et psychosomatique*, 1, 5-8.

- Larsson, G., & Andersson-Ellström, A. (2003). Experiences of pregnancy-related body shape changes and of breast-feeding in women with a history of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 11, 116-124.
- Lemberg, R., & Phillips, J. (1989). The impact of pregnancy on anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 8(3), 285-295.
- Levine, M. P., & Smolak, L. (2006). *The prevention of eating problems and eating disorders: Theory, research, and practice*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Lewis, L., & le Grange, D. (1994). The experience and impact of pregnancy in bulimia nervosa: A series of case studies. *European Eating Disorders Review*, 2(2), 93-105.
- Little, L., & Lowkes, E. (2000). Critical issues in the care of pregnant women with eating disorders and the impact on their children. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 45(4), 301-307.
- Mazzeo, S. E., Landt, M. C., Jones, I., Mitchell, K., Kendler, K. S., Neale, M. C., Aggen, S. H., & Bulik, C. M. (2006). Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women. *International Journal of Eating Disorders*, 39(3), 202-211.
- Mitchell-Gielegem, A., Mittelstaedt, M. E., & Bulik, C. M. (2002). Eating disorders and childbearing: Concealment and consequences. *Birth*, 29(3), 182-191.
- Morgan, J. F., Lacey, J. H., & Sedgwick, P. M. (1999). Impact of pregnancy on bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 174, 135-140.
- Morrill, E. S., & Nickols-Richardson, H. M. (2001). Bulimia nervosa during pregnancy: A review. *Journal of the American Dietetic Association*, 101(4), 448-454.
- Moulton, R. (1942). A psychosomatic study of anorexia nervosa including the use of vaginal smears. *Psychosomatic Medicine*, 4, 62-74.
- Norre, J., Vandereycken, W., & Gordts, S. (2001). The management of eating disorders in a fertility clinic: Clinical guidelines. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 22(2), 77-81.

- Park, R. J., Lee, A., Woolley, H., Murray, L., & Stein, A. (2003b). Children's representation of family mealtime in the context of maternal eating disorders. *Child Care, Health and Development*, 29(2), 111-119.
- Park, R. J., Senior, R., & Stein, A. (2003a). The offspring of mothers with eating disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12(1), 110-119.
- Patel, P., Lee, J., Wheatcroft, R., Barnes, J., & Stein, A. (2005). Concerns about body shape and weight in the postpartum period and their relation to women's self-identification. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 23(4), 347-364.
- Peolidis, M. (2004). La maternalité chez des femmes ayant été anorexiques mentales à l'adolescence. *Carnet psy*, 90, 26-29.
- Rocco, P. L., Orbitello, B., Perini, L., Pera, V., Ciano, R. P., & Balestrieri, M. (2005). Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders : A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 59(3), 175-179.
- Russell, G. F., Treasure, J., & Eisler, I. (1998). Mothers with anorexia nervosa who underfeed their children : Their recognition and management. *Psychological Medicine*, 28(1), 93-108.
- Rutherford, J., & Russell, G. F. (1990). Anorexia nervosa and baby gazing. *British Journal of Psychiatry*, 156, 898-901.
- Seiden, S. J. (2005). Knowledge, attitudes, and intervention for pregnant women with eating disorders : A survey of obstetrician-gynecologists. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 66(2-B), (US: University Microfilms International).
- Senior, R., Barnes, J., Emberson, J. R., & Golding, J. (2005). Early experiences and their relationship to maternal eating disorder symptoms, both lifetime and during pregnancy. *British Journal of Psychiatry*, 187, 268-273.
- Stein, A., Woolley, H., Murray, L., Cooper, P., Cooper, S., Noble, F., Affonso, N., & Fairburn, C. G. (2001). Influence of psychiatric disorder on the controlling behaviour of mothers with 1-year-old infants: A study of women with maternal eating disorder, postnatal depression and a healthy comparison group. *British Journal of Psychiatry*, 179, 157-162.
- Stewart, D. E. (1992). Reproductive functions in eating disorders. *Annals of Medicine*, 24(4), 287-291.

- Stewart, D. E., Robinson, G. E., Goldbloom, D., & Wright, C. (1990). Infertility and eating disorders. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 163, 1196-1199.
- Treasure, J., Schmidt, U., & van Furth, E. (2003). *Hanbook of Eating Disorders, Second Edition*. New York: John Wiley and Sons, Ltd.
- Vigan, C. (1997). *Antécédents de troubles de la conduite alimentaire dans les infertilités inexpliquées*. Mémoire de DEA « Psychopathologie et neurobiologie du développement et des comportements » inédit. Paris : Université Paris VI.
- Wolfe, B. E. (2005). Reproductive health in women with eating disorders. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 34(2), 255-263.

Article III

L'Inventaire des relations mère-fille : Validation de la traduction française du Mother-Daughter Relationship Inventory de Inazu et Fox.

L'Inventaire des relations mère-fille : Validation de la traduction française du Mother-Daughter Relationship Inventory de Inazu et Fox.

Catherine Laurier
Université de Montréal

Julie Achim
Université de Montréal

Denis Lafortune
Université de Montréal

Maurice Corcos
Institut Mutualiste Montsouris (Paris, FR)

Jean-Pierre Guay
Université de Montréal

Philippe Jeammet
Institut Mutualiste Montsouris (Paris, FR)

Article soumis à la revue L'Encéphale (novembre 2005)

Cet article a été rédigé dans le cadre de la recherche doctorale de la première auteure. Nous tenons à remercier le Conseil de recherches pour les sciences humaines du Canada (CRSH) pour son soutien financier.

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Julie Achim, Service de pédopsychiatrie, Département de psychiatrie, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, 6555 Boulevard Gouin Ouest, Montréal, Québec, CANADA H4K 1B3.

Courriel : 

Résumé

Ce texte présente la validation de la version française du *Mother-Daughter Relationship Inventory* (MDREL), un auto-questionnaire élaboré par Inazu et Fox (1980) et traduit par Achim. Cet auto-questionnaire de neuf items mesure les perceptions des jeunes femmes quant au soutien socio-émotionnel offert par leur mère, ainsi que la qualité générale du lien qu'elles entretiennent avec elle. Le *MDREL* est le produit d'analyses factorielles réalisées sur 23 affirmations portant sur les perceptions des jeunes femmes quant aux dimensions suivantes : présence d'une communication ouverte mère-fille; présence d'incertitudes et d'ambiguïtés dans la description faite par la fille du lien à la mère; ambivalence manifestée par la fille à l'égard d'un rapprochement et d'une intimité mère-fille. L'intérêt de cet instrument tient au fait qu'il évalue spécifiquement la perception de la qualité de la relation mère-fille durant l'adolescence, moment où il subsiste une relation d'autorité et où s'active la sexualité. Cent vingt-six jeunes femmes ont répondu à la version française de l'auto-questionnaire. Les résultats démontrent de bonnes propriétés psychométriques et ce, tant au niveau de la validité que de la fidélité. L'analyse factorielle de la version francophone a permis l'identification de deux facteurs distincts, soit une évaluation allocentrée et une autre autocentrée. *L'Inventaire des relations mère-fille* (IRMF) peut donc servir dans le cadre d'études des relations mère-fille. La connotation problématique qui caractérise de nombreux énoncés suggère que l'instrument puisse être administré à des populations cliniques.

Mots clés : Adolescentes, relation mère-fille, évaluation, validation.

Abstract

The present paper centers on the validation of the French-version of the Mother-Daughter Relationship Inventory (MDREL), a self-reported questionnaire developed by Inazu and Fox (1980) and translated by Achim. This nine-item self-reported questionnaire assesses young women's perceptions pertaining to the social-emotional support conveyed by their mother, as well as the overall quality of their mother-daughter relationship. The MDREL is the product of factor analyses conducted on 23 statements concerning young women's perception regarding the following dimensions: presence of an open communication between the mother and the daughter; presence of uncertainties and ambiguities in the description made by the daughter concerning her relationship with her mother; ambivalence expressed by the daughter in regards to mother-daughter rapprochement and intimacy. This instrument is of great interest as it specifically assesses the perceived quality of the mother-daughter relationship during adolescence, a period in which the mother remains an authority figure and the daughter's sexuality is activated. A total of 126 young women completed the French-version of this self-reported questionnaire. Results indicate good psychometric properties in both validity and reliability. Factor analyses of the French version of the MDREL yielded two distinct factors, namely an allo-centered and a self-centered assessment. This French version of the MDREL, named "L'Inventaire des relations mère-fille" (IRMF), can thus be used in studies that focus on mother-daughter relationships. The problematic overtone present in many items suggests that this instrument can be administered to clinical populations.

Key words: Adolescents, mother-daughter relationships, evaluation, validation.

Au cours des années soixante-dix, les États-Unis ont connu une prolifération des grossesses adolescentes [1]. Devant l'ampleur du phénomène, de nombreux efforts ont été déployés afin de mieux saisir le contexte dans lequel s'active la sexualité des adolescentes et d'élaborer des stratégies permettant de prévenir ces grossesses précoces [2-9]. Les travaux d'Inazu et Fox [10] s'inscrivent dans ce courant de recherche [11-21]. Les deux auteurs se sont intéressés plus particulièrement au rôle de la mère dans l'activation des conduites sexuelles des adolescentes. Après avoir démontré que la relation mère-fille est le seul lien familial associé de manière significative aux connaissances et comportements sexuels des adolescentes [10], les chercheuses ont proposé que cette association puisse se conceptualiser en termes d'influences *directes* et *indirectes*. Ainsi, la mère participerait *directement* à la socialisation sexuelle de sa fille en lui transmettant des informations relatives à la sexualité et en supervisant ses activités sociales. Elle y participerait *indirectement* en offrant à sa fille un soutien émotionnel par sa présence, sa disponibilité, son écoute et en lui présentant un modèle d'identification sexué (engagé ou non dans des aventures extra-conjugales).

C'est dans le but d'évaluer l'une des influences indirectes, soit le soutien émotionnel maternel, que les auteurs ont élaboré le *Mother-Daughter Relationship Inventory* (ou *MDREL*). Cet auto-questionnaire de neuf items mesure les perceptions qu'ont les adolescentes du soutien émotionnel offert par leur mère, ainsi que de la qualité générale du lien entre elles. Le *MDREL* résulte d'une analyse factorielle réalisée sur 23 affirmations portant sur les dimensions suivantes : (1) présence d'une communication ouverte entre mère et fille; (2) présence d'incertitudes et d'ambiguïtés dans la description faite par la fille du lien à sa mère; (3) ambivalence manifestée par la fille à l'égard d'un rapprochement et d'une intimité avec la mère. Chaque item de l'instrument est suivi d'une échelle de type Likert qui comporte quatre possibilités de réponses (très en accord, plutôt en accord, plutôt en désaccord, très en désaccord), correspondant à des cotes de 1 à 4. Pour la version originale anglaise, la solution de l'analyse factorielle ne comporte qu'un seul facteur. Le score global obtenu en totalisant les neuf items peut varier entre neuf et trente-six. Plus ce score est élevé, plus le lien mère-fille est perçu de manière positive. La version originale du *MDREL*, validée auprès de 449 participantes âgées de 14 à 16 ans, démontre d'excellentes propriétés

psychométriques, soit des coefficients de corrélation de 0,43 à 0,58 entre chacun des neuf items et la composante principale. Le coefficient alpha de Cronbach est de 0,81 (consistance interne).

Certes, d'autres instruments existent pour évaluer les relations familiales. Parmi les plus utilisés figure le *Parent Bonding Inventory* de Parker et al. [22], une échelle de 25 items regroupés en deux sous-échelles. La première (12 items) évalue la chaleur et l'affection manifestées par chacun des parents du sujet («*Votre mère/père paraissait comprendre vos problèmes et inquiétudes*»), tandis que l'autre (13 items) estime dans quelle mesure les parents du sujet ont favorisé le développement de son indépendance et de son autonomie ou l'ont au contraire surprotégé («*Votre mère/père croyait que vous pourriez vous débrouiller seul sans elle/lui*»). Par ailleurs, plusieurs inventaires de pratiques éducatives sont disponibles. Par exemple, le *Children's Report on Parent Behavior Inventory – CRPBI* – a été élaboré par Schludermann et Schludermann [23] afin d'identifier les pratiques parentales susceptibles d'entraîner des troubles du comportement chez les enfants et adolescents. Dans la version courte, ces 30 items se divisent en deux sous-échelles, l'une mesurant les pratiques de contrôle psychologique («*Ma mère évite de me regarder quand je l'ai déçue*») et l'autre les pratiques de contrôle comportemental («*Ma mère me laisse faire tout ce que je veux*»).

Par rapport à ces instruments, le *MDREL* se distingue par le fait qu'il mesure spécifiquement la qualité perçue de la relation mère-fille durant l'adolescence. Ses items évaluent la qualité perçue du soutien maternel («*Je ne sais jamais si ma mère m'aime vraiment ou non.*» ou «*Ma mère ne semble pas me faire confiance*») et de la communication mère-fille («*Fréquemment, ma mère ne sait pas réellement comment me parler*» ou «*Souvent, je ne sais pas réellement comment parler à ma mère*») dans un contexte où il subsiste une relation d'autorité («*La majorité du temps, je ne sais absolument pas quelles sont les règles qui prévalent chez moi.*») et où s'active la sexualité («*En général, je me sens mal à l'aise de discuter avec ma mère de sexualité et de ce qui concerne les relations hommes-femmes*»). De plus, le *MDREL* s'avère un instrument simple et rapide d'administration (environ 5 minutes). La validation de sa version française semble donc utile et à propos.

psychométriques, soit des coefficients de corrélation de 0,43 à 0,58 entre chacun des neuf items et la composante principale. Le coefficient alpha de Cronbach est de 0,81 (consistance interne).

Certes, d'autres instruments existent pour évaluer les relations familiales. Parmi les plus utilisés figure le *Parent Bonding Inventory* de Parker et al. [22], une échelle de 25 items regroupés en deux sous-échelles. La première (12 items) évalue la chaleur et l'affection manifestées par chacun des parents du sujet (*«Votre mère/père paraissait comprendre vos problèmes et inquiétudes»*), tandis que l'autre (13 items) estime dans quelle mesure les parents du sujet ont favorisé le développement de son indépendance et de son autonomie ou l'ont au contraire surprotégé (*«Votre mère/père croyait que vous pourriez vous débrouiller seul sans elle/lui»*). Par ailleurs, plusieurs inventaires de pratiques éducatives sont disponibles. Par exemple, le *Children's Report on Parent Behavior Inventory – CRPBI* – a été élaboré par Schludermann et Schludermann [23] afin d'identifier les pratiques parentales susceptibles d'entraîner des troubles du comportement chez les enfants et adolescents. Dans la version courte, ces 30 items se divisent en deux sous-échelles, l'une mesurant les pratiques de contrôle psychologique (*«Ma mère évite de me regarder quand je l'ai déçue»*) et l'autre les pratiques de contrôle comportemental (*«Ma mère me laisse faire tout ce que je veux»*).

Par rapport à ces instruments, le *MDREL* se distingue par le fait qu'il mesure spécifiquement la perception de la qualité de la relation mère-fille durant l'adolescence. Ses items évaluent la perception de la qualité du soutien maternel (*«Je ne sais jamais si ma mère m'aime vraiment ou non.»* ou *«Ma mère ne semble pas me faire confiance»*) et de la communication mère-fille (*«Fréquemment, ma mère ne sait pas réellement comment me parler»* ou *«Souvent, je ne sais pas réellement comment parler à ma mère»*) dans un contexte où il subsiste une relation d'autorité (*«La majorité du temps, je ne sais absolument pas quelles sont les règles qui prévalent chez moi.»*) et où s'active la sexualité (*«En général, je me sens mal à l'aise de discuter avec ma mère de sexualité et de ce qui concerne les relations hommes-femmes»*). De plus, le *MDREL* s'avère un instrument simple et rapide d'administration (environ 5 minutes). La validation de sa version française semble donc utile et à propos.

Méthode

Traduction

Puisqu'à notre connaissance, aucune version française de cet instrument n'a été publiée, nous en avons développé une en privilégiant la méthode de la double traduction [24]. Ainsi, une première traduction, de l'anglais vers le français, a été produite par la deuxième auteur, dont la langue maternelle est le français. Cette version a ensuite été soumise à une personne parfaitement bilingue afin qu'elle soit retraduite du français vers l'anglais. Les deux versions anglophones ont ensuite été comparées et jugées équivalentes par les deux parties. Quelques modifications mineures ont enfin été apportées au niveau de syntaxe, à la suggestion de deux psychologues ayant procédé à une évaluation minutieuse de la version française.

Participant

La validation a été réalisée dans le cadre d'une étude plus vaste interrogeant les enjeux des filiations féminines et maternelles chez des jeunes femmes souffrant de troubles des conduites alimentaires. Seules les données du groupe témoin ont été utilisées lors de cette validation afin que les résultats obtenus puissent être généralisés à l'ensemble de la population. Dans le cadre de ce volet de la recherche, les participantes ne présentaient donc pas de symptomatologie anorexique et/ou boulimique et n'avaient jamais été traitées pour un trouble des conduites alimentaires dans le passé.

L'échantillon est composé de 126 jeunes femmes francophones, âgées de 18 à 25 ans (moyenne = 20,9 ans; E.T. = 1,3). Ces participantes ont été recrutées dans trois lieux différents. Quarante-neuf d'entre elles (64,3% de l'échantillon) ont été recrutées à Paris (France), tandis que les 45 autres (35,7% de l'échantillon) l'ont été à Montréal (Canada). Les premières sont étudiantes en deuxième année d'un diplôme de cinq ans et sont inscrites soit à l'École de Psychologues Praticiens ou à l'École d'Infirmières de l'Hôpital Antoine-Béclère. Les secondes sont des étudiantes en deuxième année d'un diplôme de trois et sont inscrites au Baccalauréat en psychologie de l'Université de

Montréal. Cette stratégie de recrutement multi-sites a été privilégiée afin d'éviter certains biais difficilement prévisibles et identifiables que pourraient induire l'orientation professionnelle des sujets (re : présence de « caractéristiques-types » chez les étudiantes en psychologie et/ou en sciences infirmières).

La moyenne des scores totaux obtenus par l'échantillon à *l'Inventaire des Relations Mère-Fille* (ci-après IRMF) est de 29,9 (E.T. = 4,3). Sur un score total pouvant s'échelonner de 9 à 36, sept sujets (5,6%) ont obtenu le score maximal alors que le plus bas score obtenu est de 17. Une standardisation simple, consistant à diviser les résultats bruts par le maximum possible de 36, produit une moyenne standardisée de 0,83 et un intervalle allant de 0,47 à 1,0.

Analyses statistiques

Le logiciel SPSS 11.0 pour Windows a été utilisé pour les analyses statistiques. Une analyse factorielle a tout d'abord été effectuée, la règle de Keyser et l'analyse du contenu des items permettant de déterminer le nombre de facteur(s). Le coefficient *alpha* de Cronbach a permis de déterminer la consistance interne des items de l'échelle. Pour les analyses issues du modèle de Rasch, le logiciel Winstep a été utilisé.

Résultats

Fréquence de cotation des items

La fréquence de cotation des items à l'IRMF est rapportée au tableau 1. Il est possible d'y constater que, pour les neuf items, les réponses des sujets se retrouvent majoritairement entre les cotes 3 et 4, ce qui indique que la perception de la relation avec la mère est globalement bonne. Cela suggère aussi que l'échelle puisse moins bien discriminer les jeunes filles qui considèrent avoir une «très bonne» relation avec leur mère de celles qui considèrent en avoir une «plutôt bonne». En effet, la variance des réponses est assez limitée. C'est pour cette raison que le modèle de Rasch (une

procédure décrite plus loin dans le texte) a été appliqué à l'échelle. Cette procédure permet de vérifier si les items mesurent toute l'étendue d'un concept.

INSÉRER ENVIRON ICI LE TABLEAU 1

Analyse factorielle

Au terme de l'analyse factorielle réalisée sur les 9 items de l'échelle, deux solutions sont possibles (Figure 1). Le diagramme des valeurs propres de Keyser montre une coupure nette après le premier facteur, suggérant l'unidimensionnalité de l'échelle. Par contre, les valeurs propres permettent aussi de supposer une bi-dimensionnalité.

INSÉRER ENVIRON ICI LA FIGURE 1

Après une lecture attentive du libellé de chacun des items qu'il nous est apparu plus juste de retenir une solution à deux facteurs. Ces deux facteurs expliquent ensemble 52,7% de la variance (40,4% par le premier facteur et 12,3% pour le second). Les coefficients de corrélation entre les items et chacun des deux facteurs sont présentés au tableau 2. Ils sont aussi comparés à ceux qu'ont présentés Inazu et Fox [16] pour la version anglaise de l'instrument. Les coefficients de corrélation entre chacun des items et la composante principale varient de 0,35 à 0,83 dans la version française, tandis qu'ils se situaient 0,43 à 0,58 dans la version anglaise. Il est important de noter ici qu'une rotation *oblimin* directe (oblique ou non-orthogonale) a été effectuée puisque les différents facteurs composant cette échelle devraient être corrélés entre eux. En effet, la mesure porte sur la perception d'une relation interpersonnelle (mère-fille). Il est donc probable qu'une réponse à un item ne puisse être totalement indépendante de la réponse à un autre item. Dans l'analyse de la version anglaise, Inazu et Fox [16] ont pu obtenir des résultats qui ne correspondent pas aux nôtres parce qu'elles ont privilégié une rotation *varimax* (rotation orthogonale présupposant qu'il n'y ait pas de corrélation entre les facteurs composant l'échelle), rotation usuelle à l'époque.

INSÉRER ENVIRON ICI LE TABLEAU 2

Le premier facteur est constitué des items 1, 4, 7, 8, et 9, tandis que le second comprend les items 2, 3, 5 et 6. Une analyse de contenu du libellé ces deux groupes permet de dégager une différence qualitative entre eux. En effet, le premier facteur regroupe surtout des énoncés centrés sur la mère («*Ma mère ne semble pas me faire confiance*»; «*Fréquemment, ma mère ne sait pas réellement comment me parler*»; «*Ma mère se plaint régulièrement de ce que je fais*»; «*Souvent, je ne sais pas réellement comment parler à ma mère*»; «*Ma mère souhaite contrôler tout ce que je fais*»), alors que le second regroupe des énoncés centrés sur la participante elle-même («*Je dis à ma mère seulement les choses que j'estime qu'elle peut entendre sans se fâcher*»; «*Je ne sais jamais si ma mère m'aime vraiment ou non*»; «*La majorité du temps, je ne sais absolument pas quelles sont les règles qui prévalent chez moi*»; «*En général, je me sens mal à l'aise de discuter avec ma mère de sexualité et de ce qui concerne les relations hommes/femmes*»). Il nous semble donc opportun de distinguer une sous-échelle autocentrée (ou centrée sur le sujet) et une sous échelle allocentrée (ou centrée sur l'autre). Cette proposition n'est toutefois que partiellement satisfaisante étant donné que l'item 8 dont le libellé est centré sur la participante («*Souvent, je ne sais pas réellement comment parler à ma mère*») s'avère fortement corrélée à la sous échelle allocentrée regroupant des attitudes attribuées à la mère.

Cette solution à deux facteurs permet de calculer deux scores. Le premier (allocentré) peut varier entre 5 et 20. Dans notre échantillon, le score moyen de ce facteur est 16,7 (É-T = 2,9). Le minimum est de 7, le maximum de 20 et la moyenne standardisée de 0,84. Le second score (autocentré) peut varier entre 4 et 16. Chez les 126 jeunes femmes recrutées, le score moyen de ce facteur est de 13,2 (É-T = 2,0). Le minimum est de 8, le maximum de 16 et la moyenne standardisée de 0,83.

Modèle de Rasch

Le modèle de Rasch a été appliqué dans le cadre de cette validation afin de vérifier si les items composant l'échelle mesurent bien toute l'étendue du concept de «qualité de la relation mère-fille». Ainsi, au sein de chacune des deux sous-échelles identifiées précédemment, chacun des items est ordonné selon un niveau de «difficulté».

Un item est dit « rare » si les réponses des individus n'y diffèrent pas beaucoup. Par contre, un item est dit « fréquent » si les réponses des individus y diffèrent passablement. En plus du classement des items selon leur niveau de difficulté, le modèle de Rasch permet de classer les individus selon un score *Logit* pour l'ensemble du test, ce score étant attribué en fonction des réponses qu'ils ont données à chacun des items, eux-mêmes pondérés selon un niveau de difficulté. Ce score *logit* individuel peut s'étendre de -4 à 4, tout comme la cote de difficulté attribuée à chacun des items. Les figures suivantes permettent de mieux comprendre la dispersion de chacun des items (repérables par leur libellés) et des participantes (repérables par le symbole #) pour chacune des deux dimensions évaluées.

INSÉRER ICI LES FIGURES 2 et 3

En observant la distribution des niveaux de difficulté des items de l'Inventaire des relations mère-fille pour chacun des facteurs, il est possible de constater que les items couvrent le champ du *Logit*. Cependant peu d'items mesurent spécifiquement les aspects faibles (médiants ou élevés) du concept. Ils mesurent tous sensiblement le même niveau de « difficulté », pour utiliser les termes traditionnels du modèle de Rasch. L'item 6 (« *En général, je me sens mal à l'aise de discuter avec ma mère de sexualité et de ce qui concerne les relations hommes/femmes* ») est le plus difficile pour évaluer la relation mère fille, tandis que l'item 3 (« *Je ne sais jamais si ma mère m'aime vraiment ou non* ») semble être le plus « facile » pour évaluer positivement la relation mère-fille. Autrement dit, les réponses des jeunes femmes à l'item 6 varient plus fréquemment (les participantes peuvent y répondre de 1 à 4) que celles données à l'item 3 (où les participantes répondent presque toujours 4).

Consistance interne de l'échelle

Pour apprécier la consistance interne, le coefficient alpha de Cronbach a d'abord été calculé à partir de la totalité des 9 items de l'échelle, puisque la version anglaise de l'instrument est considérée unidimensionnelle par Inazu et Fox. Le coefficient alpha de Cronbach est de 0,81 pour les 9 items, ce qui signifie que la cohérence interne de cette

échelle est satisfaisante et que les items mesurent bien un même construit. Seule la suppression de l'item 5 (« *La majorité du temps, je ne sais absolument pas quelles sont les règles qui prévalent chez moi* ») permettrait d'obtenir un coefficient alpha plus élevé.

Comme l'analyse en composantes principales de la version française suggère une solution à deux facteurs, il s'impose de calculer la cohérence interne des sous-échelles. Les coefficients sont de 0,81 pour le premier facteur et de 0,60 pour le deuxième. Pour ces deux facteurs, la valeur du coefficient alpha ne pourrait être augmentée par la suppression de quelque item que ce soit. Il est ici important de mentionner que le coefficient alpha ne peut être aussi élevé pour les échelles comportant peu d'items que pour celles en regroupant beaucoup. Selon les conventions d'usage (Nunally et Bernstein, 1994), un coefficient alpha de 0,60 est suffisant pour conclure qu'un instrument auto-administré est fidèle. C'est donc dire que la cohérence interne des deux sous-échelles de ce test est suffisante, mais nettement meilleure pour le premier facteur (allocentré).

Conclusion

Les propriétés psychométriques de la version francophone de *l'Inventaire des relations mère-fille* sont bonnes dans l'ensemble. Elles permettent de conclure que cet outil est valide pour évaluer, dans un contexte de recherche, la qualité de la relation mère-fille, telle que perçue par la fille. Les coefficients alpha de Cronbach sont suffisants pour répondre aux exigences de Nunally et Bernstein [25]. Dans un échantillon composé de jeunes femmes étudiant dans des milieux universitaires, la majorité des participantes perçoivent entretenir une bonne relation avec leur mère. En effet, la cote moyenne standardisée est de 0,83 sur un maximum possible de 1,0. L'analyse factorielle a permis d'identifier deux facteurs, l'un référant à une appréciation autocentrée (la jeune femme se décrivant elle-même d'abord) et l'autre à une appréciation allocentrée (la jeune femme décrivant sa mère d'abord). Les cotes standardisées moyennes pour ces deux sous-échelles sont aussi de 0,83. Par ailleurs, l'application du modèle de Rasch indique que l'item 3 (« *Je ne sais vraiment si ma mère*

m'aime ou non ») est facile, la grande majorité des participantes ne se distinguant pas les unes des autres par rapport à cette affirmation. C'est-à-dire qu'elles sont presque toutes en désaccord avec le libelle et ce, peu importe le résultat global qu'elles obtiennent à l'échelle. Or, à la lecture des libellés, il est possible de constater que l'item 3 évoque une charge émotionnelle beaucoup plus grande que les autres. Voilà pourquoi, dans un travail ultérieur, il serait intéressant de le remplacer par un item qui soit moins percutant telle que *«Je ne sais jamais si ma mère m'apprécie ou non»*.

On remarque enfin que tous les items sont formulés sous une forme négative (*«je ne sais pas (...) je me sens mal à l'aise (...) elle ne semble pas me faire confiance»*). Cela est à ce point vrai qu'il semble plus juste d'affirmer que l'IRMF mesure l'absence de soutien dans la relation mère-fille. L'instrument pourrait donc s'avérer tout à fait utile pour étudier des populations cliniques.

Références

- [1] Henshaw, S. K. (2004). U.S. Teenage Pregnancy Statistics with Comparative Statistics for Women Aged 20-24. The Alan Guttmacher Institute.
- [2] Chilman, C. (1974). Some psychosocial aspects of female sexuality. Family Coordinator, 23(2), 123-131.
- [3] Gebhard, P. H. (1977). The acquisition of basic sex information. Journal of Sex Research, 13(3), 148-169.
- [4] Jessor, S. L. et Jessor, R. (1974). Maternal ideology and adolescent problem behavior. Developmental Psychology, 10(2), 246-254.
- [5] Kantner, J. F. et Zelnik, M. (1973). Contraception and pregnancy : Experience of young unmarried women in the United States. Family Planning Perspectives, 5(1), 11-25.
- [6] Lewis, R. A. (1973). Parents and peers : Socialization agents in the coital behavior of young adults. Journal of Sex Research, 9(2), 156-170.
- [7] Miller, P. et Simon, W. (1974). Adolescent sexual behavior : Context and change. Social Problems, 22(1), 58-76.
- [8] Spanier, G. B. (1977). Sources of sex information and premarital sexual behavior. Journal of Sex Research, 13(2), 73-88.
- [9] Warren, C. L. et St-Pierre, R. (1973). Sources and accuracy of college students' sex knowledge. Journal of School Health, 43(9), 588-590.
- [10] Fox, G. et Inazu, J. K. (1978). Talking about sex : Patterns of mother-daughter communication. Presented at the annual meetings of the Michigan Sociological Association, Detroit, Michigan.
- [11] Fox, G. L. (1989). Adolescents, mothers, and adolescent mothers : The impact of parents on adolescent sexual behavior. In R. Walker (Eds), Families in transition : Structural changes and effects on family life. (pp. 211-225). Alexandria, VA : AHEA.
- [12] Fox, G. L. (1980). The mother-daughter relationship as a socialization structure : A research review. Family Relations, 29, 21-28

- [13] Fox, G. L. (1977). Sex-roles attitudes as predictors of contraceptive use among unmarried university students. Sex Roles, 3, 265-283.
- [14] Fox, G. L. , Colombo, M. , Clevenger, W. F. et Ferguson, C. (1988). Parental division of labor in adolescent sexual socialization. Journal of Contemporary Ethnography, 17, 349-371.
- [15] Fox, G. L. et Inazu, J. K. (1982). The influence of mother's marital history on the mother-daughter relationship in black and white households. Journal of Marriage and the Family, 44, 143-153.
- [16] Fox, G. L. et Inazu, J. K. (1980). Patterns and outcomes of mother-daughter communication about sexuality. Journal of Social Issues, 36, 7-29.
- [17] Fox, G. L. et Medlin, C. (1986). Accuracy in mother's perceptions of daughters' level of sexual involvement : Black and white single mothers and their teenage daughters. Family Perspectives, 20, 267-287.
- [18] Inazu, J. K. (1987). Partner involvement and contraceptive efficacy in premarital sexual relationships. Population and Environment: Behavioral and Social Issues, 9(4), 225-237.
- [19] Inazu, J. K. et Fox, G. L. (1980). Maternal influence on the sexual behavior of teen-age daughters. Journal of Family Issues, 1, 81-102.
- [20] Miller, B. C. et Fox, G. L. (1987). Theories of adolescent sexuality. Journal of Adolescent Research, 2, 269-282.
- [21] Scanzoni, J. et Fox, G. L. (1980). Sex roles, family and society : The seventies and beyond. Journal of Marriage and the Family, 42, 743-758.
- [22] Parker, G. , Tupling, H. ,et Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. British Journal of Medical Psychology, 52, 1-10.
- [23] Schludermann, E. H., et Schludermann, S. M. (1988). Children's report on parent bahavior (CRPBI-108, CRPBI-30) for older children and adolescents (Tech. Rep.). Winnipeg, MB: University of Manitoba, Department of Psychology
- [24] Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : Implications pour la recherche en langue française. Psychologie Canadienne, 30, 662-680.

- [25] Nunnally, J. C. et Bernstein, I. H. (1994). Psychometric Theory (3rd ed.), New York: McGraw-Hill.

Tableau 1
Fréquence de cotation des items

	Très en accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Très en désaccord	Total des effectifs
Item 1	2	8	33	83	126
Item 2	5	36	47	38	126
Item 3		2	11	113	126
Item 4	6	13	47	60	126
Item 5		10	32	84	126
Item 6	15	35	35	41	126
Item 7	3	5	52	66	126
Item 8	3	17	48	58	126
Item 9	5	20	48	53	126

Figure 1
Diagramme des valeurs propres (de Keyser)

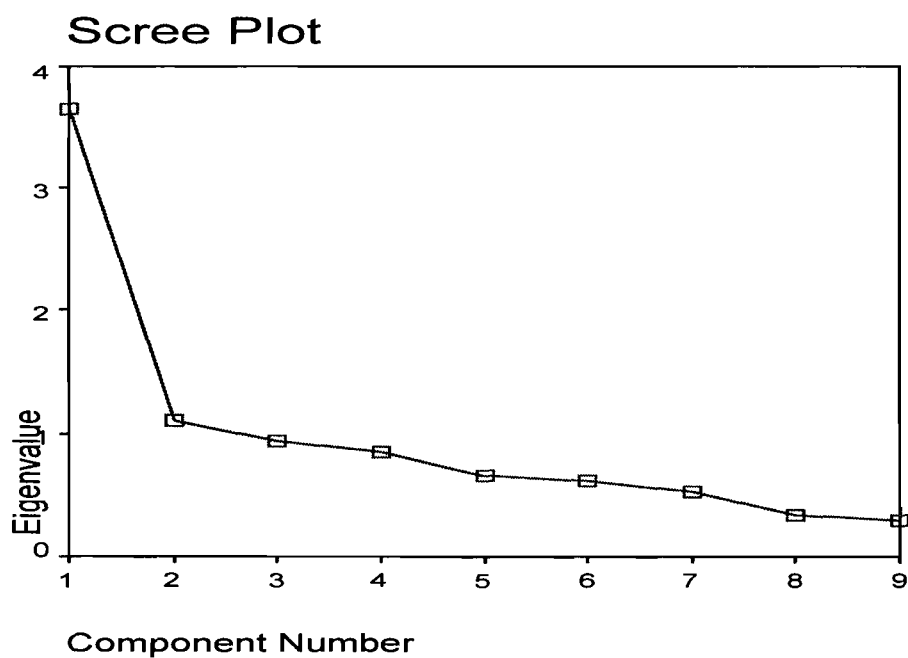


Tableau 2

Comparaison de l'analyse factorielle de la version anglaise (MDRL) et de l'analyse factorielle de la version française de l'Inventaire des Relations Mère-Fille (IRMF)

Items	MDRL version anglaise (après rotation varimax)	IRMF	
		version française (après rotation oblimin)	
		Facteur 1 (allocentré)	Facteur 2 (autocentré)
1	0,49	0,61	0,43
2	0,45	0,44	0,73
3	0,43	0,39	0,50
4	0,51	0,73	0,43
5	0,47	0,10	0,59
6	0,48	0,32	0,75
7	0,56	0,84	0,18
8	0,58	0,78	0,52
9	0,55	0,75	0,17

Figure 2
 Carte du classement des items et des individus pour l'Inventaire des Relations Mère-Fille pour le premier facteur (allocentré)

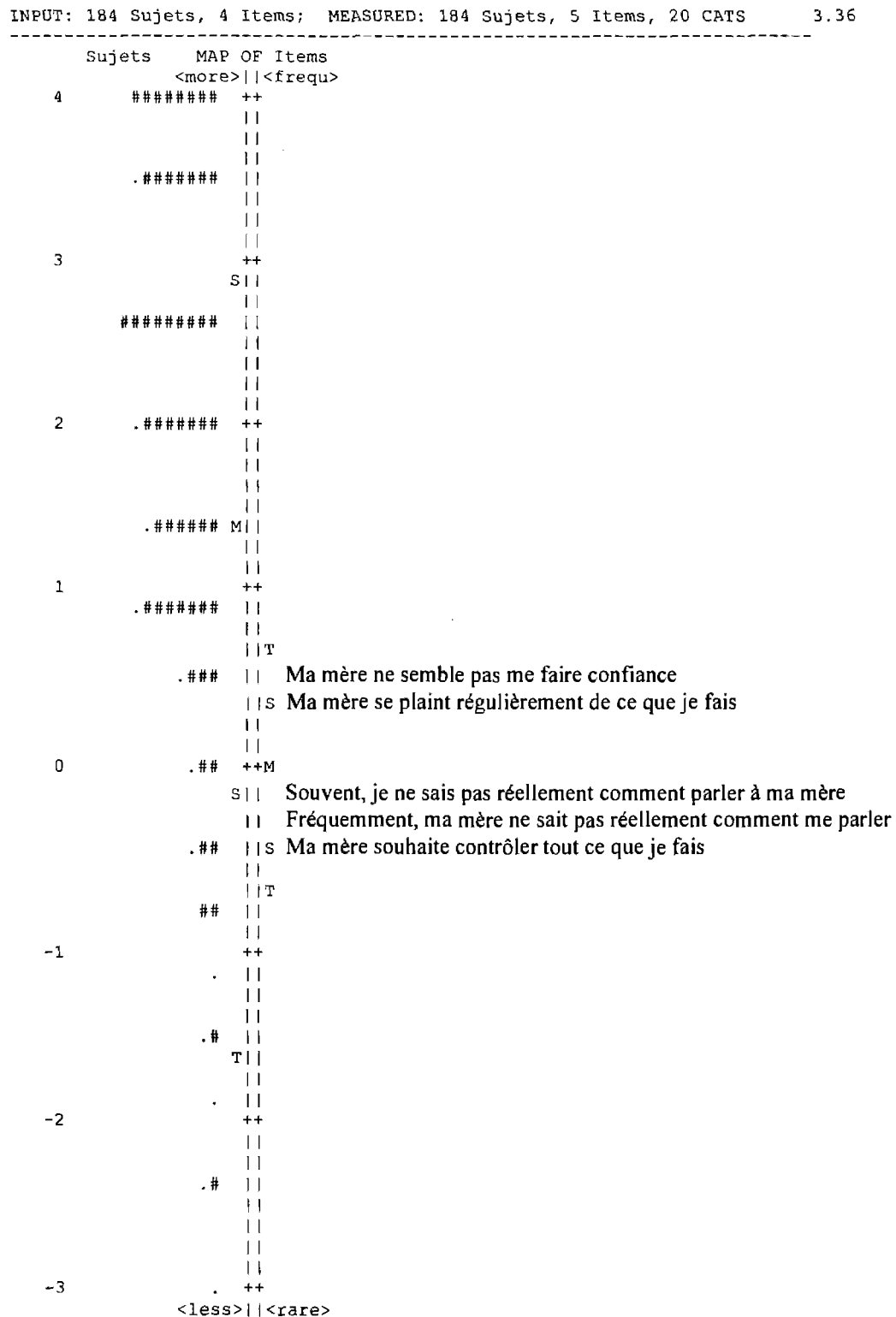
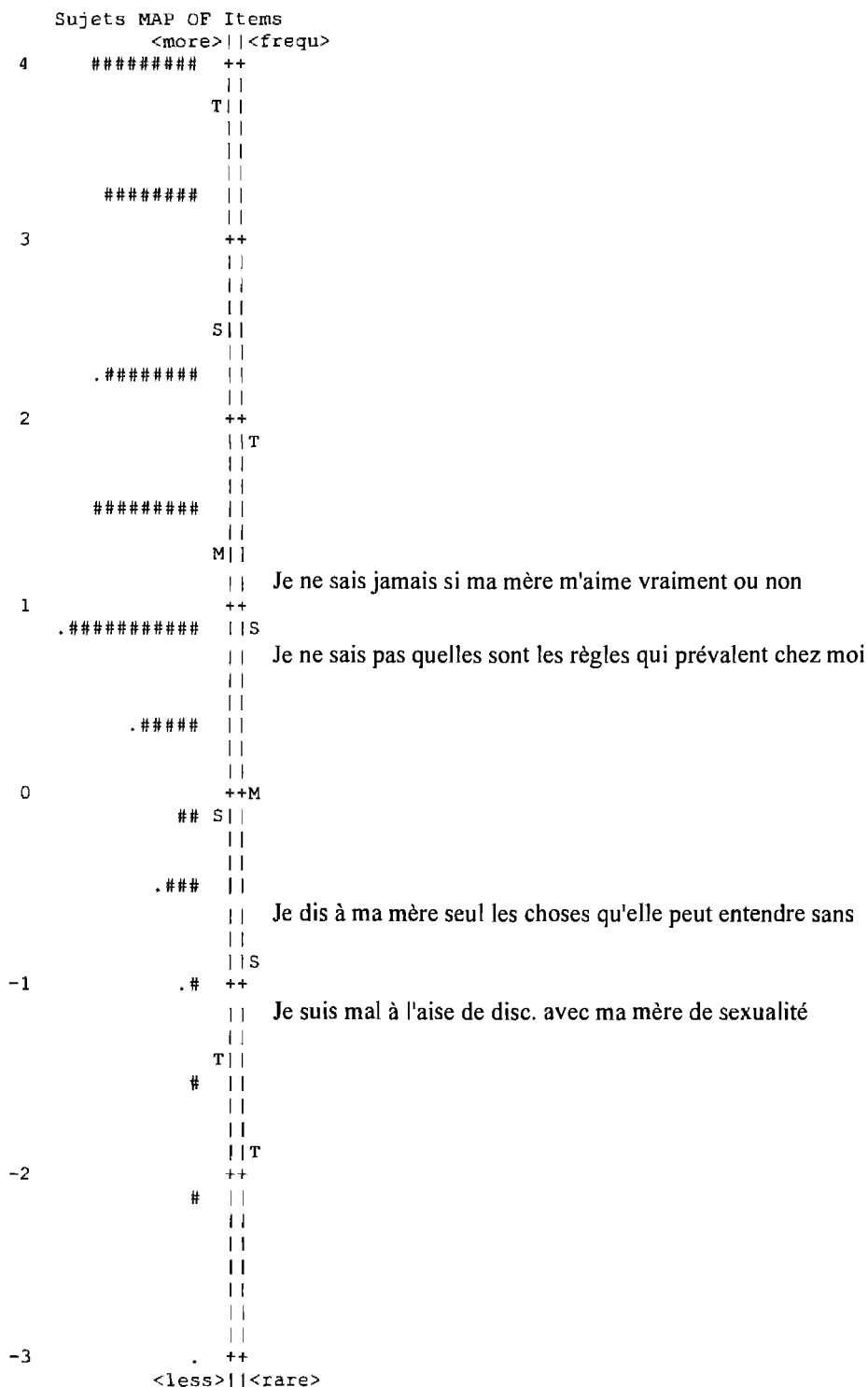


Figure 3

Carte du classement des items et des individus pour l'Inventaire des Relations Mère-Fille pour le second facteur (autocentré)

INPUT: 184 Sujets, 4 Items MEASURED: 184 Sujets, 4 Items, 16 CATS 3.36



Conclusion

Tel que nous l'avons souligné tout au long de la thèse, peu d'auteurs –cliniciens et chercheurs- se sont penchés jusqu'à maintenant sur la question de la maternité dans un contexte de TCA, actuels ou passés (Delos-Santos, 2005; Larsson, & Andersson-Ellström, 2003; Little, & Lowkes, 2000; Park, Senior, & Stein, 2003a). Les travaux qui s'y consacrent s'attachent principalement à la grossesse et à ses particularités, aux conséquences sur la mère et son enfant ou encore, aux implications d'une psychopathologie alimentaire sur la fertilité féminine. Ces travaux adoptent, pour la plupart, une perspective biomédicale. Les questions du désir d'enfant, de l'éventualité de la maternité ainsi que les enjeux qui lui sont propres demeurent presque absents des écrits consultés.

Le peu d'intérêt démontré jusqu'à présent à l'égard de ces thèmes s'avère étonnant. Les nombreuses dimensions communes que partagent TCA et maternité, notamment la position carrefour qu'elles occupent entre corps et psyché, entre féminité et maternité, entre familial et social, la fréquente coïncidence temporelle de l'apparition des TCA et de l'atteinte de la maturation des fonctions reproductrices et, enfin, le contexte de remaniement psychique dans lequel surviennent maternité et TCA auraient pu laisser croire le contraire. Les principaux constats se dégageant de la recension des écrits exposés en introduction vont également en ce sens. Ils démontrent la pertinence de s'intéresser aux divers aspects de « *l'avant-conception* », sous l'angle d'une *perspective psychologique* chez les jeunes femmes présentant une psychopathologie alimentaire, tout en étant sensible à la *question des transmissions*. C'est ce que nous avons cherché à faire.

Notre thèse visait l'exploration de l'univers fantasmatique sollicité par les questions du désir d'enfant et de l'éventualité de la maternité chez des jeunes femmes souffrant actuellement d'un trouble alimentaire. Nous avons tenté de saisir la nature des fantaisies, des affects et des réflexions que pourrait évoquer chez elles la perspective de la maternité et nous nous sommes penchée sur leur inscription dans la lignée des filiations maternelles. Nous avons notamment abordé ce que pourrait signifier pour elles le fait de devenir mère, les craintes qu'une telle éventualité pourrait occasionner chez elles, la manière dont elles imaginent l'enfant qu'elles pourraient désirer ainsi que le

contexte dans lequel elles imaginent sa naissance, la mère qu'elles seraient –semblables ou différentes de la leur et de celles qu'elles auraient pu souhaiter avoir-. Rappelons qu'il s'agit d'un travail s'inscrivant dans un cadre beaucoup plus vaste s'attardant aux diverses dimensions physiologiques et psychologiques communes aux TCA et aux stérilités médicalement inexpliquées.

Avec le premier article, nous avons exploré ces thèmes via une *méthode quantitative*, à travers le concept de représentation mentale et de la nature du lien mère-fille. Nous nous sommes intéressée aux représentations mentales que se sont construites les jeunes femmes d'elles-mêmes, du bébé qu'elle pourrait avoir et de différentes personnes significatives ou figures imaginaires. Nous avons porté une attention particulière à la lignée maternelle –réelle et imaginaire- (mère idéale, mère, fille et bébé). Avec le second article, nous avons abordé ces mêmes thèmes via une *méthode qualitative*, à travers l'analyse verticale et transversale d'entretiens semi-structurés. Le troisième article, complémentaire, a permis la présentation des résultats obtenus lors de la validation de notre traduction en français du *Mother-Daughter Relationship Inventory* d'Inazu et Fox (1982), un instrument utilisé dans notre étude afin de mesurer la qualité du lien mère-fille.

L'originalité de notre thèse réside, selon nous, dans son abord d'un thème peu exploré, mais aussi -et surtout- dans sa conceptualisation méthodologique. Deux particularités méritent d'être soulignées. La première concerne la constitution d'un groupe témoin fournissant des repères de comparaison fort utiles afin de mettre en perspective les résultats obtenus. La seconde concerne l'étude d'un même objet de recherche à travers deux méthodes différentes, l'une quantitative et l'autre qualitative. Un tel choix a permis l'appréhension de l'univers fantasmatique des jeunes femmes sous divers angles, soit, d'une part, à travers les propos qu'elles nous ont transmis spontanément lorsque nous les avons interrogées et, d'autre part, à travers un matériel structuré l'évoquant plus indirectement. La richesse de notre travail résulte, à notre avis, de cet effort de conciliation de deux méthodes différentes, mais complémentaires. Les allers-retours possibles entre un matériel obtenu via l'abord direct des thèmes à l'étude

et un matériel interprété¹ permet de les envisager les uns à la lumière des autres. Les conclusions qui se dégagent de la thèse s'en trouvent donc nuancées et bonifiées.

Article I

Le premier article explore les représentations mentales de soi et d'autrui des jeunes femmes souffrant d'un TCA à la lumière de la qualité du lien mère-fille. Nous avons cherché à cerner la nature de ces constructions mentales, leurs interrelations ainsi que la place qu'y occupe le bébé imaginaire. Quatre-vingt-trois jeunes femmes (GR1 : 42 TCA; GR2 : 41 témoins) ont complété divers questionnaires ainsi qu'un entretien diagnostique. Ces mesures ont permis l'exploration des représentations mentales de soi et d'autrui (bébé imaginaire, conjoint idéal, mère réelle et mère idéale), l'objectivation de la perception de ces jeunes femmes quant à la qualité du lien entretenu avec leur mère ainsi que la description de caractéristiques cliniques qui leur sont propres. Différents types d'analyses statistiques ont été réalisées (chi2, tests t de Student, régressions logistiques).

Les résultats obtenus permettent de constater que les jeunes femmes souffrant d'un TCA ne diffèrent pas de celles du groupe témoin dans la manière d'imaginer le bébé ou le conjoint idéal. Elles s'en distinguent néanmoins dans leur façon de se représenter les diverses figures de la filiation maternelle (elle-même, la mère réelle et la mère idéale), les écarts existant entre ces figures ainsi que la qualité du lien les unissant à leur mère. Les jeunes femmes souffrant d'un TCA sont aux prises avec des représentations mentales extrêmes des figures de filiation maternelle (soi-même très abîmée, mère réelle représentée avec ambivalence, mère idéale infaillible). Lorsqu'on compare entre elles l'ensemble des figures, les écarts constatés laissent entrevoir une filiation maternelle marquée par une importante dévalorisation de soi au profit d'une mère idéale plus que parfaite. Le conjoint idéal s'inscrit dans cette lignée en incarnant un substitut maternel parfait. Compte-tenu de tels résultats, on peut penser que ces jeunes femmes auront du mal à s'imaginer devenir mère, ayant une représentation

¹ Nous faisons référence ici aux normes et seuils cliniques proposés par les auteurs des questionnaires utilisés, aux mises en relations des diverses représentations mentales entre elles ainsi qu'aux analyses statistiques réalisées.

d'elle-même fort endommagée qui risque de ne pas faire le poids face à celle d'une mère idéale infaillible ou, peut-on ajouter, d'un lien mère-enfant idéalisé. On peut également envisager qu'elles ne pourront s'appuyer sur un modèle identificatoire valorisé, ni sur un lien satisfaisant à leur mère, ni sur un conjoint « séparateur » pour construire leur propre identité maternelle.

Les représentations de la filiation maternelle se déploient tout autrement chez les jeunes femmes du groupe témoin. On constate plutôt la présence d'une combinaison de représentations mentales plus nuancées et ambivalentes, d'écarts moins marqués entre les représentations mentales des figures de la filiation maternelle ainsi qu'une évaluation plutôt positive du lien mère-fille. Les jeunes femmes de ce groupe sont habitées par une représentation d'elles-mêmes plutôt positive, pouvant se mesurer à un idéal maternel accessible avec lequel elles partagent plusieurs caractéristiques. La relation mère-fille est jugée satisfaisante par ces jeunes femmes. La filiation maternelle apparaît donc moins contraignante, laissant place à une éventuelle élaboration d'une identité maternelle. Les mises en relations des diverses figures permettent de croire que ce sont les projets conjugal (conjoint) et familial (bébé) qui sont investis de manière idéalisée par les jeunes femmes du groupe témoin, bien plus que le désir d'entretenir un lien parfait avec une mère idéale. Il s'agit là d'une distinction fondamentale que démontre notre étude.

Article II

Le second article permet quant à lui de mettre en lumière trois principaux constats, via l'analyse qualitative du matériel clinique recueilli lors d'entretiens semi-structurés réalisés auprès de dix jeunes femmes souffrant de TCA et dix autres issues de la population générale. Le premier, d'ordre formel, concerne l'étonnante élaboration verbale à laquelle ont donné lieu les divers thèmes abordés tandis que le second et le troisième concernent davantage la nature des fantaisies sollicitées. À la différence de celles du groupe témoin, les jeunes femmes souffrant d'un TCA tiennent des propos laissant entrevoir certaines difficultés à s'affranchir du modèle familial d'origine. Famille d'origine et famille imaginaire semblent superposables, voire identiques chez

ces jeunes femmes, laissant peu d'espace pour la création d'une histoire qui leur serait propre. Le discours des jeunes femmes du groupe témoin semble avoir une teneur différente. L'histoire familiale demeure présente chez ces jeunes femmes, mais moins déterminante dans leurs fantaisies. Elle semble plutôt servir de point d'ancrage sur lequel elles s'appuient pour construire leur famille imaginaire, une famille au sein de laquelle il semble exister plus de place pour le différent et pour leur propre individualité. Par ailleurs, la perspective de la maternité semble porteuse d'une opportunité de réparation de soi pour les jeunes femmes présentant une psychopathologie alimentaire alors qu'elle semble davantage soutenir un mouvement évolutif vers l'autre ainsi qu'un changement identitaire chez les jeunes femmes du groupe témoin. Divers propos tenus par les premières permettent de croire que les questions de l'idéal, du double et de la réparation sont au coeur de leurs préoccupations face à l'abord de la maternité.

Article III

Le troisième article présente enfin la validation de notre traduction française du *Mother-Daughter Relationship Inventory* d'Inazu et Fox (1982). Il s'agit d'un article complémentaire, ajouté à la thèse en raison de notre utilisation de l'instrument et de la rigueur additionnelle que confère à notre recherche l'usage d'une traduction validée. L'intérêt de cet instrument tient au fait qu'il évalue la perception de la qualité du lien mère-fille durant l'adolescence, moment où il subsiste une relation d'autorité et où s'active la sexualité, des enjeux particulièrement conflictuels chez les jeunes femmes souffrant d'une psychopathologie alimentaire. La connotation pathologique qui caractérise de nombreux énoncés suggère que l'instrument peut être administré à des populations cliniques. Cent vingt-six jeunes femmes issues de la population générale ont participé à la recherche. Cette validation a démontré que la version française de l'instrument possède des propriétés psychométriques satisfaisantes et ce, tant au niveau de la validité que de la fidélité. L'analyse factorielle de la version française a permis l'identification de deux facteurs distincts, l'un « *allocentré* » (centré sur la perception maternelle) et l'autre « *autocentré* » (centré sur la perception de la fille), permettant ainsi une meilleure appréciation des subtilités du lien mère-fille.

Articles I et II : Convergences et divergences

Nous nous proposons de considérer les principales convergences et divergences notées au sein des résultats obtenus aux deux articles.

Le bébé : Une promesse de réparation de soi

Il se dégage d'abord de la mise en commun de l'ensemble des résultats de la thèse la non-distinction des deux groupes quant à la description du bébé imaginaire ainsi que la particularité de la nature de l'investissement dont le bébé fait l'objet. En effet, les résultats obtenus dans les deux articles laissent penser que ce n'est pas tant dans la manière dont elles dépeignent et se représentent le bébé imaginaire que les jeunes femmes des deux groupes diffèrent. Leur distinction se trouve plutôt dans la qualité de l'investissement et probablement dans la fonction qu'il occupe au sein de la dynamique psychique de ces jeunes femmes. Les propos et représentations mentales semblables - tout aussi positifs, voire idéalisés- du bébé imaginaire notés chez les jeunes femmes des deux groupes semblent sous-tendus par des dynamiques différentes, une première à connotation plutôt narcissique et une seconde à connotation plutôt objectale. Ainsi, le bébé « positif et idéalisé », investi de façon narcissique par les jeunes femmes souffrant d'un TCA, représenterait un double de soi, version améliorée alors que le bébé « positif et idéalisé », investi de façon objectale par les jeunes femmes témoins, représenterait davantage un autre différencié.

Bien que la dimension narcissique soit inhérente à tout projet de maternité et à tout investissement d'un bébé imaginaire² -présence ou non de TCA-, ce que nous tentons ici de faire valoir concerne la prédominance de cette dimension chez les jeunes femmes souffrant d'un TCA. Cette prédominance ne s'observe pas chez les jeunes femmes témoins. On peut donc s'interroger quant à la place que pourrait trouver un bébé réel auprès d'une mère souffrant d'un TCA.

² Freud le fait bien valoir lorsqu'il dit que « Le point épineux du système narcissique, cette immortalité du moi que la réalité bat en brèche, a retrouvé un lieu sûr en se réfugiant chez l'enfant. L'amour des parents, si touchant et, au fond, si enfantin, n'est rien d'autre que leur narcissisme qui vient de renaître et qui, malgré sa métamorphose en amour d'objet, manifeste à ne pas s'y tromper son ancienne nature. » (Freud, 1969, p.96)

La description positive et idéalisée que font du bébé les jeunes femmes des deux groupes va tout à fait dans le sens des propos de S. de Mijolla-Mellor (1995) qui soutient que « l'enfant idéal n'est pas pourvu de tel ou tel trait préférable vis-à-vis d'autres, mais de tous les traits possibles ». Il en est également ainsi pour la description que fait Freud (1969) de « His majesty the baby », le bébé étant nécessairement plus grand que nature, détenteur de toutes les qualités et de toutes les possibilités.

Soi-même : Une dévalorisation massive

L'article I démontre combien la dévalorisation de soi est marquée chez les jeunes femmes souffrant d'un TCA. Ce thème apparaît avec beaucoup moins de force dans le second article. En effet, lors des entretiens, les jeunes femmes manifestent une certaine confiance quant à l'éventualité de la maternité (peu de craintes ou d'appréhensions, enthousiasme débordant...) et ce, malgré le fait que certains commentaires exprimés laissent poindre une perception de soi abîmée. Étant donné que l'ARGK (article I) sollicite la perception de soi concernant l'identité « en général » (*vous-même*) alors que l'entretien (article II) fait plutôt appel à l'identité de mère à venir, on peut se demander si la divergence des résultats ne s'explique pas par cette nuance. Ainsi, la possibilité de réparation de soi qu'offre aux jeunes femmes –du moins en fantasmes- l'accès à la maternité pourrait peut-être leur permettre de s'envisager mère de manière moins abîmée qu'à leur habitude.

Chez les témoins, on remarque une combinaison inverse des résultats, c'est-à-dire que les doutes verbalisés quant à soi-même ont été formulés lors des entretiens; ils ne transparaissent pas à l'ARGK. Il semble donc que ces jeunes femmes sont en mesure d'exprimer leurs craintes sans que ces propos ne les dévalorisent ou n'affectent la qualité des représentations mentales qu'elles se sont construites d'elles-mêmes.

La mère réelle et la mère idéale : Multiples mesures et multiples facettes

Les représentations mentales de la mère réelle et idéale ainsi que la perception de la qualité du lien mère-fille ont été abordées via diverses mesures. Il ressort de la

mise en commun des analyses réalisées la divergence marquée des résultats obtenus qui sont fonction de l'angle privilégié afin d'appréhender notre objet d'étude.

Tel que mentionné précédemment, l'étude des représentations mentales met en lumière des constellations représentationnelles fort différentes chez les jeunes femmes des deux groupes. S'en dégagent principalement des constructions mentales d'une mère réelle écrasée par une mère idéale plus que parfaite chez les jeunes femmes souffrant d'un TCA et ce, malgré le fait qu'elles décrivent la mère réelle de façon similaire à celle dépeinte par les jeunes femmes témoins. Ces constats, auxquels s'ajoute l'évaluation négative de la qualité du lien mère-fille, portent à croire que les jeunes femmes souffrant d'un TCA pourraient avoir du mal à se satisfaire d'un lien mère-fille réel imparfait échouant à rencontrer l'idéalisation dont ce lien fait l'objet. Néanmoins, le thème de la mère idéale, lorsqu'il est abordé en entretien, donne lieu à des propos complètement opposés. Interrogées à l'égard de leur conception de la mère idéale, plusieurs mentionnent spontanément que leur mère *est* la mère idéale.

Plutôt que d'y voir des résultats contradictoires, nous pensons qu'ils s'articulent entre eux de façon tout à fait cohérente et complémentaire. Nous sommes d'avis que les deux méthodes de recherche privilégiées, de par leurs particularités (en plus de la multiplicité des mesures), ont permis d'avoir accès à des « niveaux d'intentionnalité » de réponses différents. La sollicitation directe par le biais des entretiens permet de recueillir un matériel que les jeunes femmes choisissent délibérément de nous transmettre, sur lequel elle exerce un certain contrôle. Les aspects structurés et contraignants qu'imposent les questionnaires mesurant les représentations mentales et la qualité du lien mère-fille, permettent plutôt l'accès à un matériel « obligatoirement » livré, donc transmis de manière moins intentionnelle. Enfin, les mises en relation des diverses constructions mentales réalisées fournissent un matériel livré à l'insu des sujets. Ce sont ces divers « niveaux d'intentionnalité » ou « niveaux de conscience » (plus ou moins grands) qui permettent, selon nous, de réconcilier les apparentes contradictions des résultats.

Ainsi, nous pensons que les propos idéalisés qu'expriment en entretien les jeunes femmes souffrant d'un TCA à l'égard de la mère réelle témoignent d'un processus défensif. À notre avis, ce processus peut être considéré selon deux perspectives. Une première consiste à l'envisager comme une protection contre une éventuelle rivalité mère-fille. Nous avons longuement développée cette hypothèse dans l'article I à partir de l'élaboration théorique de Corcos (2000); les résultats de l'article II appuient notre hypothèse. Une seconde avenue consiste à percevoir ce processus comme une protection contre la dévalorisation massive dont cette mère réelle fait l'objet lorsque comparée à l'idéal maternel, mais aussi contre la déception et l'agressivité qu'occasionne chez la fille la confrontation à une mère réelle insuffisante la privant d'un lien idéal avec une mère parfaite.

La mère suffisamment faible décrite par Bydlowski (1997), celle de la « tendresse originaire » à qui la mère œdipienne doit laisser sa place afin que la fille puisse elle-même devenir mère, semble donc bien loin.

Il est intéressant de noter que les jeunes femmes du groupe témoin n'obtiennent pas des résultats aussi opposés. Elles adoptent des propos beaucoup plus nuancés à l'égard de leur mère et de la mère idéale lors des entretiens. En contre-partie, les représentations mentales de ces figures sont également moins extrêmes -mère moins dévalorisée et mère idéale moins magnifiée- et le lien mère-fille est jugé plus satisfaisant.

À nouveau, les propos de S. de Mijolla-Mellor (1995) s'avèrent éclairants, appuyant nos interprétations.

« L'enfant idéal n'existe pas comme un contenu préétabli de perfection, mais comme celui grâce auquel une relation parentale idéale pourrait s'établir. Il va de soi que plus le risque inconscient d'une relation catastrophique devra être contre investi, plus cette demande se fera intense. » (de Mijolla-Mellor, 1995, p. 218).

Le conjoint idéal : Un substitut maternel plutôt qu'un père pour le bébé

À nouveau, les résultats présentés dans les deux articles concernant le conjoint idéal (article I) ou le conjoint/père du bébé à venir (article II) nous apparaissent complémentaires. Aux représentations mentales d'un conjoint qui fait figure de substitut maternel idéal s'ajoutent les propos restreints et fades auxquels donne lieu l'abord de ce thème, par les jeunes femmes souffrant d'un TCA, lors des entretiens. Le père du bébé semble tout aussi absent du monde représentationnel que du discours de ces jeunes femmes. Ces résultats, tant quantitatifs que qualitatifs, appuient l'idée selon laquelle le désir d'enfant de ces jeunes femmes en serait un adressé à la mère et non au père (Corcos, 2000; Lachcar, 1991).

Le conjoint idéal et le père éventuel du bébé à venir font l'objet d'un investissement d'un tout autre ordre par les jeunes femmes du groupe témoin. Les constructions mentales ainsi que les propos tenus lors des entretiens démontrent la place importante qu'occupe ce personnage au sein de l'univers fantasmatique et représentationnel de ces jeunes femmes; le conjoint/père demeure la pierre angulaire autour de laquelle se construit un projet familial.

La maternité : Mouvements régressif ou progressif

L'ensemble des résultats obtenus lors de notre recherche démontrent, à notre avis, que la perspective de la maternité sollicite des fantasmes et représentations mentales s'inscrivant dans un mouvement régressif chez les jeunes femmes souffrant d'un TCA. Elle semble plutôt s'inscrire dans un mouvement progressif chez les jeunes femmes du groupe témoin.

Plusieurs constats mènent à cette conclusion. La nature extrême des représentations mentales de la lignée maternelle, la dévalorisation de soi, le maintien d'une position infantile, l'évitement de la rivalité mère-fille via une dévalorisation de soi à outrance et une idéalisation de la mère idéale inaccessible, l'ampleur des fantasmes de réparation de soi et du lien mère-fille et enfin, le calquage de la famille

imaginaire sur la famille réelle sont autant d'exemples qui témoignent de ce mouvement régressif que nous attribuons à l'univers fantasmatique des jeunes femmes souffrant d'une psychopathologie alimentaire. À l'inverse, les représentations mentales plus nuancées, la recherche de la création d'un lien avec un conjoint « non-mère » et investi pour lui-même, la perspective des changements identitaires à venir, le désir de se construire une vie à soi caractérisent davantage l'univers fantasmatique des jeunes femmes témoins.

Avenir du désir d'enfant et perspectives futures

Ces diverses considérations nous portent à croire que les jeunes femmes souffrant d'un TCA sont plus à risque de rencontrer des difficultés de toutes sortes lorsqu'elles feront l'expérience de l'accès à la maternité. En plus des nombreux risques relevés dans les écrits –rechute du TCA, décompensations psychotiques, dépression postnatale, stérilité ou grossesses non-désirées- (Abraham, 1998; Blais et al., 2000; Bydlowski, 2003; Corcos et al., 1997; Crow et al., 2004; Kaplan 1999; Kouba et al., 2005; Lai et al., 2006; Mazzeo et al., 2006; Morgan et al., 1999; Rocco et al., 2005), on peut penser que ces jeunes femmes seront à risque d'instaurer avec leur enfant, un lien tout à fait contraire à celui qu'elles souhaiteraient entretenir avec lui. De lui transmettre une façon d'être en lien sous le signe des conflits narcissiques.

La possibilité d'un travail de mentalisation des enjeux conflictuels concernant l'accès à la maternité pourrait permettre de penser le désir d'enfant et l'éventualité de l'accès à la maternité avant qu'elle n'advienne ou qu'elle ne puisse advenir. Un tel travail pourrait également favoriser la prévention d'agirs se manifestant sous forme de grossesses non-désirées, de rechutes symptomatiques ou de ruptures de fonctionnement associés à la maternité ainsi que de diverses conséquences associées à la présence – actuelle ou passée- d'un TCA chez les femmes enceintes. La sensibilisation des cliniciens à l'importance d'aborder ces questions apparaît fort pertinente.

Limites méthodologiques et recherches futures

Certaines limites méthodologiques restreignent la généralisation de nos résultats. Parmi elles, les principales concernent notre échantillon et plus spécifiquement sa composition, sa définition et sa nature.

Mentionnons d'abord le fait qu'il s'agit d'un échantillon mixte, composé de jeunes souffrant d'anorexie mentale et/ou de boulimie, sans égards à leurs types (anorexie de type restrictif; anorexie de type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs; boulimie de type avec vomissements ou prise de purgatifs et boulimie sans vomissements ni prise de purgatifs). Bien qu'il aurait été difficile, dans le cadre de cette thèse, de constituer un échantillon plus homogène tout en atteignant une puissance statistique suffisante, la distinction des psychopathologies alimentaires et de leurs types demeure néanmoins importante compte tenu des particularités qui leurs sont propres. La reproduction ultérieure de notre étude à plus grande échelle et avec des échantillons distincts pourrait donc s'avérer pertinente.

La question de la définition des TCA mérite qu'on s'y attarde. Nous avons ici opté pour celle que propose le DSM-IV (1996). Plusieurs motifs sous-tendent ce choix (notamment l'inscription de notre recherche dans le contexte d'une plus vaste étude privilégiant cette définition et le souci de cohérence avec la quasi-totalité des recherches répertoriées) qui, malgré ses forces, comportent certaines limites. La classification de l'American Psychiatric Association (DSM-IV, 1996), tout comme celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (CIM-10, 1993), permet une objectivation claire et internationalement admise des manifestations symptomatiques propres aux divers syndromes psychiatriques. Elles ne demeurent toutefois que descriptives, faisant fi du fonctionnement psychique du patient et de la structure de personnalité sur laquelle s'inscrit sa psychopathologie.

Étant donné la nature de notre recherche, il aurait été intéressant d'utiliser certaines mesures complémentaires (épreuves projectives et entretien structural) permettant de mieux cerner la dynamique psychique et la structure de personnalité des

sujets rencontrés. En effet, puisque notre objet de recherche demeure l'univers représentationnel et fantasmatique et que, par conséquent, son exploration appelle l'élaboration d'hypothèses concernant le fonctionnement psychique des sujets, la possibilité de corroborer nos conclusions par de telles mesures se serait avérée des plus pertinentes. La description que nous faisons du monde représentationnel et fantasmatique de nos sujets-cas, une description évoquant à plusieurs égards un fonctionnement état-limite, milite également en ce sens. De telles conclusions nous portent à croire que la structure de personnalité a pu agir comme variable confondante; il nous semble donc nécessaire d'envisager la possibilité que des jeunes femmes souffrant d'un TCA, mais s'inscrivant sur une structure névrotique, limite ou psychotique, pourraient exprimer des propos et fantaisies teintés des enjeux conflictuels caractéristiques de ces structures. À la lumière de ces considérations, nous sommes d'avis que la réplication de notre étude bénéficierait grandement de la prise en compte de l'aspect structural de la personnalité.

L'importante comorbidité psychiatrique observée au sein de notre échantillon, tant chez les jeunes femmes souffrant d'un TCA que chez celles issues du groupe témoin, mérite également d'être abordée. Bien qu'il s'avère essentiel d'envisager la possibilité selon laquelle la présence de diagnostics psychiatriques comorbides aient pu agir comme variables confondantes et influencer nos résultats, leur prise en compte s'avère complexe et à multiples facettes.

Mentionnons d'abord, tel que souligné plus tôt dans cet ouvrage, la concordance presque exacte existant entre la prévalence de diagnostics psychiatriques comorbides chez nos sujets-cas et celle rapportée dans les recherches épidémiologiques les plus largement citées dans le domaine des TCA (Halmi, 2000). Il en est de même pour nos sujets-témoins dont le profil psychiatrique s'avère tout à fait comparable à celui dépeint par l'Organisation Mondiale pour la Santé chez la population générale. Étant donné cette concordance, le rejet systématique des sujets « complexes » ou « impurs »³, soit ceux présentant une psychopathologie comorbide et des sujets témoins présentant un quelconque diagnostic psychiatrique, aurait également compromis la validité de notre

³ À l'exception des critères généraux d'exclusion de la recherche

étude. Ainsi, d'une part, le choix de sujets-cas « purs », non-représentatifs de la population de jeunes femmes souffrant de TCA, aurait limité la validité externe de l'étude alors que, d'autre part, la comparaison des sujets-cas à des sujets-témoins plus « asymptomatiques » que la population normale aurait possiblement introduit d'emblée un écart factice entre les deux groupes.

Ajoutons par ailleurs que l'investigation psychiatrique s'est limitée aux troubles de l'axe I. Étant donné la présence fréquente de troubles de l'axe II chez les patientes souffrant de psychopathologies alimentaires, l'évaluation de ces troubles ainsi que leur prise en compte lors de l'analyse des résultats auraient probablement contribué à bonifier nos conclusions.

La présence de comorbidité soulève également la question des limites et de la pertinence de la classification psychiatrique du DSM-IV (1996). En effet, l'examen des critères diagnostiques des principales psychopathologies observées chez les jeunes femmes souffrant d'un TCA (épisode de dépression majeure, trouble obsessionnel-compulsif, phobie sociale, dysmorphie corporelle...) permet de constater l'existence d'un chevauchement des symptômes définissant l'ensemble de ces psychopathologies. Les constellations diagnostiques étant déterminées par des critères parfois non-exclusifs, la possible coexistence de psychopathologies s'avère donc incontournable. Nous sommes d'avis que ce constat soulève à nouveau la question de la définition et de la conception même des troubles des conduites alimentaires (et des autres troubles psychiatriques), soit celle de la pertinence des classifications psychiatriques qui, à trop vouloir circonscrire les psychopathologies, risquent d'induire des délimitations artificielles⁴.

Bien que ces diverses réflexions et débats dépassent largement l'objet de notre thèse, il nous semblerait néanmoins intéressant de considérer, lors de recherches futures, à la fois les aspects descriptif (via une classification psychiatrique) et structural (via un entretien structural et un testing projectif) de la psychopathologie. Une telle combinaison permettrait peut-être de contourner, un tant soit peu, ces difficultés

⁴ Ces questions ont été discutées de façon fort rigoureuse notamment par M. Rutter (1994, 1997).

inhérentes à la recherche consacrée à la psychopathologie et ainsi, être en mesure de mieux départager ce qui relève des symptômes psychiatriques et des syndromes psychopathologiques.

Outre les limites inhérentes à notre échantillon, le choix de l'ARGK (Saucier, 1987) dans l'étude des représentations mentales comporte également certains désavantages, notamment l'absence de construits évoquant spécifiquement les enjeux propres aux TCA. Ainsi, il aurait été intéressant que les jeunes femmes se représentent le bébé à venir, tout comme les figures de la lignée maternelle selon les construits évoquant le poids, la recherche de la minceur, le perfectionnisme etc. De plus, la formulation de l'élément « *votre bébé lorsqu'il sera grand* » ne nous apparaît pas optimale au sens où elle permet d'évincer tout ce qui concerne le bébé qu'elle pourrait porter ou leur nourrisson.

Parmi les limites méthodologiques spécifiques au volet qualitatif, mentionnons le petit nombre de sujets rencontrés, la ponctualité des entretiens (un seul entretien par sujet), l'absence de follow-up ainsi que la connaissance restreinte du contexte global dans lequel s'inscrivent les propos des jeunes femmes interviewées. En effet, le discours des participantes représente les conceptions, opinions, et réactions affectives qu'elles expriment à un moment précis, teintées de toutes sortes de variables confondantes et incontrôlables (re : état d'esprit du moment, désirabilité sociale, idiosyncrasie des associations, rapport à l'intervieweur...).

Ajoutons enfin que les patientes rencontrées proviennent d'un milieu hospitalier valorisant le travail psychothérapique d'allégeance psychanalytique. Il s'agit donc très probablement de jeunes femmes sensibilisées aux enjeux inconscients et conflits intrapsychiques, ce qui n'est pas nécessairement le cas de la majorité des patientes présentant un TCA.

À la lumière des résultats obtenus et des limites méthodologiques évoquées, il apparaît pertinent de réaliser des études longitudinales incluant les trois « temps » de la maternité. Plusieurs travaux adoptant un devis de recherche longitudinal se sont

penchés, jusqu'à maintenant, sur le déroulement de la grossesse en présence d'un TCA ainsi que sur le devenir de ces mères et de leur progéniture. À notre connaissance, aucune d'entre elles n'incluait l'étude de ce qui précédait la conception; les fantaisies concernant la maternité ne font pas partie des thèmes abordés dans le cadre des follow-up généraux des TCA. Pourtant, nous sommes d'avis que les résultats obtenus à notre recherche fournissent certaines pistes afin de mieux saisir les mécanismes sous-tendant les divers constats relevés dans les écrits présentés.

Il nous apparaîtrait enfin opportun de s'intéresser davantage à la nature des liens unissant la mère souffrant d'un TCA à son enfant, en portant une attention particulière aux enjeux des filiations et des transmissions.

Références

- Abraham, S. (1998). Sexuality and reproduction in bulimia nervosa patients over 10 years. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(3-4), 491-502.
- Abraham, S. (2001). Obstetricians and maternal body weight and eating disorders during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 22(3), 159-163.
- Abraham, S., King, W., & Llewellyn-Jones, D. (1994). Attitudes to body weight, weight gain and eating behavior in pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 15(4), 189-195.
- Abraham, S., Mira, M., & Llewellyn-Jones, D. (1990). Should ovulation be induced in women recovering from an eating disorder or who are compulsive exercisers? *Fertility and Sterility*, 53(3), 566-568.
- Abraham, S., Taylor, A., & Conti, J. (2001). Postnatal depression, eating, exercise and vomiting before and during pregnancy. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 482-487.
- Agman, G., Corcos, M., & Jeammet, P. (1994). Troubles des conduites alimentaires. *Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37-350-A-10, 1-16.
- American Psychiatric Association. (1996). *DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd.) (version internationale) (Washington, DC, 1995). Traduction française par J. D. Guelfi et al., Masson : Paris.
- Athanassiou, C. (1990). Pensée et identité. *Revue française de psychanalyse*, 6, 1627-1634.
- Baker, C. W., Carter, A. S., Cohen, L. R., & Brownell, K. D. (1999). Eating attitudes and behaviors in pregnancy and postpartum: Global stability versus specific transitions. *Annals of Behavioral Medicine*, 21(2), 143-148.
- Bannister, D., & Fransella, F. (1977). *Grid test of schizophrenic thought disorder manual*. Barnstaple : Psychological Test Publications.
- Bannister, D., & Mair, J. M. (1968). *The evaluation of personal constructs*. London : Academic.
- Barbin, J. M., Williamson, D. A., Stewart, T. M., Reas, D. L., Thaw, J. M., & Guarda, A. S. (2002). Psychological adjustment in the children of mothers with a history of eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 7(1), 32-38.

- Bates, G. W., Bates, S. R., & Whitworth, N. S. (1982). Reproductive failure in women who practice weight control. *Fertility and Sterility*, 37(3), 373-378.
- Benton-Hardy, L. R., & Lock, J. (1998). Pregnancy and early parenthood: Factors in the development of anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 24(2), 223-226.
- Bergeret-Amselek, C. (1997). *Le mystère des mères*. Paris: Desclée de Brouwer
- Beumont, P., & Tam, P. (2001). Anorexia nervosa, infertility and pregnancy. *Medical Journal of Australia*, 174(3), 155-156.
- Birmingham, C. L., & Beumont, P. (2004). *Medical management of eating disorders: A practical handbook for health care professionals*. New York: Cambridge University Press.
- Blais, M. A., Becker, A. E., Burwell, R. A., Flores, A. T., Nussbaum, K. M., Greenwood, D. N., Ekeblad, E. R., & Herzog, D. B. (2000). Pregnancy : Outcome and impact on symptomatology in a cohort of eating-disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 140-149.
- Blowers, G. H., & O'Connor, K. P. (1996). *Personal construct psychology in the clinical context*. Ottawa : University of Ottawa Press.
- Brinch, M., Isager, T., & Tolstrup, K. (1988). Anorexia nervosa and motherhood: Reproduction pattern and mothering behavior of 50 women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77(5), 611-617.
- Bruch, H. (1978). *The golden cage : The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge : Harvard University Press.
- Brugere, S., Dallay, D., Horovitz, J., Coppin, M., Riviere, J., Gonnet, J. M., & Dubecq, J. P. (1988). Anorexie nerveuse et grossesse. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 17(1), 85-88.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. L., Pickering, A., Dawn, A., & McCullin, M. (1999). Fertility and reproduction in women with anorexia nervosa: A controlled study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(2), 130-135.
- Button, E. J., & Warren, R. L. (2002). Self-image in anorexia nervosa 7.5 years after initial presentation to a specialized eating disorders service. *European Eating Disorders Review*, 10, 399-412.

- Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie : Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris : PUF.
- Bydlowski, M. (2003). Facteurs psychologiques dans l'infertilité féminine. *Gynécologie obstétrique et fertilité*, 31, 246-251.
- Carter, F. A., McIntosh, V. V., Joyce, P. R., Frampton, C. M., & Bulik, C. M. (2003). Bulimia nervosa, childbirth, and psychopathology. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(4), 357-361.
- Chaouat, G., Corcos, M., Granet, P., Guilbaud, O., Chambry, J., Dugré-Le Bigre, C., Speranza, M., Raynaud, P., Cayol, V., & Jeammet, P. (2000). *Troubles de la conduite alimentaire et stérilité inexplicée : Le réseau psycho-neuro-endocrino-immunologique*. Projet de recherche associé à L'INSERM. Document inédit, Institut Mutualiste Montsouris.
- Combe, C. (2002). *Soigner l'anorexie*. Paris : Dunod.
- Corcos, M. (2000). *Le corps absent : Approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires*. Dunod : Paris.
- Corcos, M., Girardon, N., Granet, P., Cayol, V., & Jeammet, P. (1997). Troubles des conduites alimentaires, grossesse et infertilité : Revue de la littérature et perspectives. *Annales médico-psychologiques*, 155(7), 425-435.
- Crow, S. J., Keel, P. K., Thuras, P., & Mitchell, J. E. (2004). Bulimia symptoms and other risk behaviors during pregnancy in women with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 36(2), 220-223.
- Crow, S. J., Thuras, P., Keel, P. K., & Mitchell, J. E. (2002). Long-term menstrual and reproductive function in patients with bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 159(6), 1048-50.
- Damani, S., Button, E. J., & Reveley, C. H. (2001). The body image structured interview : A new method for the exploration of body image in women with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 9, 167-181.
- De Mijolla-Mellor, S. (1995). L'enfant idéal n'existe pas. Dans: D. Brun (Éds). *Les parents, le pédiatre et le psychanalyste*. pp. 211-218. Paris: Editions P.A.U.
- Debray, R. (1996). *Clinique de l'expression somatique: Psychanalyse des liens psyché-soma*. Paris: Delachaux et Niestlé.

- Delos-Santos, D. A. (2005). The experience of pregnancy and the development of maternal identity in women recovering from bulimia nervosa. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 65(9-B), (US: University Microfilms International).
- El-Mallakh, R. S., & Tasman, A. (1991). Recurrent abortions in a bulimic : Implications regarding pathogenesis. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 215-219.
- Elfhag, K., & Linne, Y. (2005). Gender differences in associations of eating pathology between mothers and their adolescent offspring. *Obesity Research*, 13(6), 1070-1076.
- Evans, J., & le Grange, D. (1995). Body size and parenting in eating disorders : A comparative study of the attitudes of mothers towards their children. *International Journal of Eating Disorders*, 18(1), 39-48.
- Fairburn, C. G., Stein, A., & Jones, R. (1992). Eating habits and eating disorders during pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, 54(6), 665-672.
- Farrow, C. V., & Blissett, J. M. (2005). Is maternal psychopathology related to obesigenic feeding practices at one year? *Obesity Research*, 13(11), 1999-2005
- Faure-Pragier, S. (1997). *Les bébés de l'inconscient : Le psychanalyste face aux stérilités féminines aujourd'hui*. Paris : PUF.
- Feingold, M., Kaminer, Y., Lyon, K., Chaudhury, A. K., Costigan, K., & Cetrulo, C. L. (1988). Bulimia nervosa in pregnancy: A case report. *Obstetrics and Gynecology*, 71(6), 1025-1027.
- Foster, J. E., & Jenkins, M. E. (1987). A schoolgirl with onset of anorexia nervosa during a concealed pregnancy. *British Journal of Psychiatry*, 150, 551-553.
- Franko, D. L., Blais, M. A., Becker, A. E., Delinsky, S. S., Greenwood, D. N., Flores, A. T., Ekeblad, E. R., Eddy, K. T., & Herzog, D. B. (2001). Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1461-1466.
- Franko, D. L., & Spurrell, E. B. (2000). Detection and management of eating disorders during pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 95(6), 942-946.
- Fransella, F., & Bannister, D. (1977). *A manual of repertory grid technique*. London : Academic.

- Freud, S. (1969). *La vie sexuelle*. Paris: PUF.
- Garfinkel, P. E., & Garner, D. (1982). *Anorexia nervosa : A multidimensional perspective*. New York : Bruner/Mazel.
- Grady-Weliky, T. A. (2001). Eating disorders and hyperemesis gravidarum. Dans K. Yonkers & B. Little (Éds), *Management of psychiatric disorders in pregnancy* (pp. 164-172). London: Arnold.
- Halmi, K. A. (2000). Eating Disorders. Dans B. J. Sadock, & V. A. Sadock (Éds). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, vol. 2, (pp.1663-1676). New York : Lippincott, Williams & Wilkins.
- Heesacker, R. S., & Neimeyer, G. J. (1990). Assessing object relations and social cognitive correlates of eating disorder. *Journal of Counseling Psychology*, 37(4), 419-426.
- Hodes, M., Timimi, S., & Robinson, P. (1997). Children of mothers with eating disorders : A preliminary study. *European Eating Disorders Review*, 5(1), 11-24.
- Hofberg, K., & Ward, M. R. (2003). Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate Medical Journal*, 79, 505-510.
- Hollifield, J., & Hobdy, J. (1990). The course of pregnancy complicated by bulimia. *Psychotherapy*, 27(2), 249-255.
- Honjo, S. (1996). A mother's complaints of overeating by her 25-month-old daughter : A proposal of anorexia nervosa by proxy. *International Journal of Eating Disorders*, 20(4), 433-437.
- Inazu, J. K., & Fox, G. L. (1980). Maternal influence on the sexual behavior of teen-age daughters. *Journal of Family Issues*, 1, 81-102.
- James, D. C. (2001). Eating disorders, fertility, and pregnancy: Relationships and complications. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 15(2), 36-48.
- Kaplan, R. (1999). Anorexia nervosa, infertility, and pregnancy. *Medical Journal of Australia*, 171(7), 391-392.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*, 2 vols. New York : Norton.

- Kestemberg, E., & Kestemberg, J. (1972). *La faim et le corps*. Paris : Presses universitaires de France.
- Kohmura, H., Miyake, A., Aono, T., & Tanizawa, O. (1986). Recovery of reproductive function in patients with anorexia nervosa: A 10-year follow-up study. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 22(5-6), 293-296.
- Kouba, S., Hallstrom, T., Lindholm, C., & Hirschberg, A. L. (2005). Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstetrics and Gynecology*, 105(2), 255-260.
- Kreipe, R. E., Churchill, B. H., & Strauss, J. (1989). Long-term outcome of adolescents with anorexia nervosa. *American Journal of Diseases of Children*, 143(11), 1322-1327.
- Kye, A., Mason, H., & Bolton, J. (2000). Reproduction and eating disorders : A fruitless union. *European Eating Disorders Review*, 8, 98-107.
- Lacey, J. H., & Smith, G. (1987). Bulimia nervosa : The impact of pregnancy on mother and baby. *British Journal of Psychiatry*, 150, 777-781.
- Lachcar, P. (1991). Ambivalence du désir d'enfant chez l'adolescente. *Gynécologie et psychosomatique*, 1, 5-8.
- Lai, B. P., Tang, C. S., & Tse, W. K. (2006). A longitudinal study investigating disordered eating during the transition to motherhood among Chinese women in Hong Kong. *International Journal of Eating Disorders*, 39(4), 303-311.
- Larsson, G., & Andersson-Ellström, A. (2003). Experiences of pregnancy-related body shape changes and of breast-feeding in women with a history of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 11, 116-124.
- Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Harnett Sheehan, K., Janavs, J., & Dunbar, G. C. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12, 224-231.
- Lemberg, R., & Phillips, J. (1989). The impact of pregnancy on anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 8(3), 285-295.

- Levine, M. P., & Smolak, L. (2006). *The prevention of eating problems and eating disorders: Theory, research, and practice*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Lewis, L., & le Grange, D. (1994). The experience and impact of pregnancy in bulimia nervosa: A series of case studies. *European Eating Disorders Review*, 2(2), 93-105.
- Little, L., & Lowkes, E. (2000). Critical issues in the care of pregnant women with eating disorders and the impact on their children. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 45(4), 301-307.
- Mazzeo, S. E., Landt, M. C., Jones, I., Mitchell, K., Kendler, K. S., Neale, M. C., Aggen, S. H., & Bulik, C. M. (2006). Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women. *International Journal of Eating Disorders*, 39(3), 202-211.
- Mitchell, J. E., Seim, H. C., Glotter, D., Soll, E., & Pyle, R. L. (1991). A retrospective study of pregnancy in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 10(2), 209-214.
- Mitchell-Gielegheem, A., Mittelstaedt, M. E., & Bulik, C. M. (2002). Eating disorders and childbearing: Concealment and consequences. *Birth*, 29(3), 182-191.
- Morgan, J. F., Lacey, J. H., & Sedgwick, P. M. (1999a). Impact of pregnancy on bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 174, 135-140.
- Morgan, J. F., Reid, F., & Lacey, J. H. (1999b). The SCOFF questionnaire: Assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal*, 319, 1467-1468.
- Morrill, E. S., & Nickols-Richardson, H. M. (2001). Bulimia nervosa during pregnancy: A review. *Journal of the American Dietetic Association*, 101(4), 448-454.
- Moulton, R. (1942). A psychosomatic study of anorexia nervosa including the use of vaginal smears. *Psychosomatic Medicine*, 4, 62-74.
- Namir, S., Melman, K. N., & Yager, J. (1986). Pregnancy in restrictor type anorexia nervosa: A study of six women. *International Journal of Eating Disorders*, 5(5), 837-845.

- Neimeyer, G. J., & Khouzam, N. (1985). A repertory grid study of restrained eaters. *British Journal of Medical Psychology*, 58, 365-367.
- Norre, J., Vandereycken, W., & Gordts, S. (2001). The management of eating disorders in a fertility clinic: Clinical guidelines. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 22(2), 77-81.
- Organisation mentale de la Santé (1993). *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*. Masson: Paris.
- Park, R. J., Lee, A., Woolley, H., Murray, L., & Stein, A. (2003b). Children's representation of family mealtime in the context of maternal eating disorders. *Child Care, Health and Development*, 29(2), 111-119.
- Park, R. J., Senior, R., & Stein, A. (2003a). The offspring of mothers with eating disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12(1), 110-119.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Patel, P., Lee, J., Wheatcroft, R., Barnes, J. et Stein, A. (2005). Concerns about body shape and weight in the postpartum period and their relation to women's self-identification. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 23(4), 347-364.
- Peolidis, M. (2004). La maternalité chez des femmes ayant été anorexiques mentales à l'adolescence. *Carnet psy*, 90, 26-29.
- Racamier, P. C. (1978). *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*. Paris: ESF
- Ramchandani, D., & Whedon, B. (1988). The effect of pregnancy on bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 7(6), 845-848.
- Rand, C. S., Willis, D. C., & Kulda, J. M. (1987). Pregnancy after anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 6(5), 671-674.
- Rocco, P. L., Orbitello, B., Perini, L., Pera, V., Ciano, R. P., & Balestrieri, M. (2005). Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders : A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 59(3), 175-179.

- Russell, G. F., Treasure, J., & Eisler, I. (1998). Mothers with anorexia nervosa who underfeed their children : Their recognition and management. *Psychological Medicine*, 28(1), 93-108.
- Rutter, M. (1997). Comorbidity: Concepts, claims and choices. *Criminal Behavior and Mental Health*, 7, 265-285
- Rutter, M. (1994). Comorbidity: Meanings and mechanisms. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1(1), 100-103.
- Rutherford, J., & Russell, G. F. (1990). Anorexia nervosa and baby gazing. *British Journal of Psychiatry*, 156, 898-901.
- Saucier, J. F. (1987). Le bébé imaginaire est-il une pure invention de psychanalyste ? Dans : Y Gauthier, S. Lebovici, P. Mazet & J. P. Vizier (Éds). *Tragédies à l'aube de la vie*. pp. 19-39. Paris : Bayard
- Schludermann, E. H., & Schludermann, S. M. (1988). *Children's report on parent bahavior (CRPBI-108, CRPBI-30) for older children and adolescents (Tech. Rep.)*. Winnipeg, MB: University of Manitoba, Department of Psychology
- Seiden, S. J. (2005). Knowledge, attitudes, and intervention for pregnant women with eating disorders : A survey of obstetrician-gynecologists. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 66(2-B), (US: University Microfilms International).
- Senior, R., Barnes, J., Emberson, J. R., & Golding, J. (2005). Early experiences and their relationship to maternal eating disorder symptoms, both lifetime and during pregnancy. *British Journal of Psychiatry*, 187, 268-273.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnett Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-33.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnett Sheehan, K., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., Schinka, J., Knapp, E., Sheehan, M. F., & Dunbar, G. C. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P an its reliability. *European Psychiatry*, 12, 232-241.

- Slater, P. (1977). *The measurement of interpersonal space by grid technique*, vol. 2. Chichester : Wiley.
- Smith, J. A. (1990). Transforming identities : A repertory grid case study of the transition to motherhood. *British Journal of Medical Psychology*, 63, 239-253.
- Stein, A., & Fairburn, C. G. (1996a). Eating habits and attitudes in the postpartum period. *Psychosomatic Medicine*, 58(4), 321-325.
- Stein, A. Murray, L., Cooper, P., & Fairburn, C. G. (1996b). Infant growth in the context of maternal eating disorders and maternal depression : A comparative study. *Psychological Medecine*, 26(3), 569-574.
- Stein A., Woolley, H., Cooper, S. D., & Fairburn, C. G. (1994). An observational study of mothers with eating disorders and their infants. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35(4), 733-748.
- Stein, A., Woolley, H., Murray, L., Cooper, P., Cooper, S., Noble, F., Affonso, N., & Fairburn, C. G. (2001). Influence of psychiatric disorder on the controlling behaviour of mothers with 1-year-old infants: A study of women with maternal eating disorder, postnatal depression and a healthy comparison group. *British Journal of Psychiatry*, 179, 157-162.
- Stewart, D. E. (1992). Reproductive functions in eating disorders. *Annals of Medicine*, 24(4), 287-291.
- Stewart, D. E., Robinson, G. E., Goldbloom, D., & Wright, C. (1990). Infertility and eating disorders. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 163, 1196-1199.
- Strimling, B. S. (1984). Infant of a pregnancy complicated by anorexia nervosa. *American Journal of Diseases of Children*, 138(1), 68-69.
- Tardif, G. (1998). *Contribution des représentations mentales de soi et d'objet au début de la grossesse à l'identification de la dépression postnatale non-psychotique : Exploration d'une nouvelle avenue*. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal.
- Tiller, J., & Treasure, J. (1998). Eating disorders precipitated by pregnancy. *European Eating Disorders Review*, 6(3), 178-187.
- Treasure, J., Schmidt, U., & van Furth, E. (2003). *Hanbook of Eating Disorders, Second Edition*. New York: John Wiley and Sons, Ltd.

- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : Implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne*, 30, 662-680.
- van Wezel-Meijler, G., & Wit, J. M. (1989). The offspring of mothers with anorexia nervosa: A high-risk group for undernutrition and stunting? *European Journal of Pediatrics*, 149(2), 130-135.
- Vigan, C. (1997). *Antécédents de troubles de la conduite alimentaire dans les infertilités inexplicées*. Mémoire de DEA « Psychopathologie et neurobiologie du développement et des comportements » inédit. Université Paris VI.
- Waugh, E., & Bulik, C. M. (1999). Offspring of women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 25(2), 123-133.
- Whelan, E., & Cooper, P. J. (2000). The association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: A community study. *Psychological Medicine*, 30(1), 69-77.
- Willis, D. C., & Rand, C. S. (1988). Pregnancy in bulimic women. *Obstetrics and Gynecology*, 71(5), 708-710.
- Wolfe, B. E. (2005). Reproductive health in women with eating disorders. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 34(2), 255-263.
- Yorke, D. M. (1983). Straight or bent? An inquiry into ratio scales in repertory grids. *British Educational Research Journal*, 9(2), 141-151.

Appendice A

Correspondance avec *l'Encéphale* (Accusé de réception et réponse des auteurs)

L'ENCEPHALE

revue
de psychiatrie
clinique, biologique
et thérapeutique

rédacteurs en chef :
professeur h. léo
professeur j.-p. ollé

7, rue cabanis
75674 paris cedex 14
secrétaire de rédaction :

m. vincent
17, rue de la ville l'évêque
75008 paris

HL/lg
Article 2005/93

Mme le Docteur C. LAURIER
2171 Edouard-Montpetit app. 501
Montréal, Québec H3T 1J3
CANADA

Paris,
Le 28 décembre 2005

Madame et chère Collègue,

Votre texte « *L'Inventaire des relations mère-fille : Validation de la traduction française du Mother-Daughter* » a été accepté sous réserve de modifications et corrections par les référees auxquels il a été soumis.

Un premier référee accepte votre texte sans demande de modification.

Le second référee demande un certain nombre de modifications dont je vous joins l'analyse (cf : copie jointe).

Etes-vous d'accord pour apporter ces modifications et corrections ou pour les argumenter ?

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie de croire, Madame et chère Collègue, en mes sentiments bien dévoués.



Professeur Henri LEO

« L'inventaire des relations mère-fille : validation de la traduction française du Mother-Daughter relationship inventory de Inazu et Fox.

L'évaluation des relations intrafamiliales est une thématique incontestablement d'avenir. le cas particulier des relations mère-fille est, dans ce cadre, particulièrement intéressant.

L'article proposé est globalement sérieux. L'échantillon étudié est de taille suffisante pour répondre aux questions posées (validation).

Ma première remarque (mineure) concerne la place de l'instrument parmi sa concurrence. Dans l'introduction une discussion est présentée à ce propos comparant les MDREL, PBI, CRPBI. Cette discussion laisse sur sa fin, il faudrait qu'elle soit développée sur le fond.

Ma seconde remarque (non mineure) concerne l'approche psychométrique utilisée. J'ai parfaitement conscience qu'il n'y a pas de consensus sur la méthodologie où sur les termes à utiliser dans ce domaine. Il me semble néanmoins que certains éléments présentés ici posent problème :

- page 6 : une fourchette de coefficients de corrélations entre 0,42 et 0,58 n'éclaire en rien sur la « construct validity » (improprement traduite par validité de structure, il n'y a pas de traduction officielle, validité de construit ou de concept sont parfois utilisées).
- page 8 : la validité perçue par les sujets ne peut pas être évaluée par le nombre de réponses manquantes (c'est un indice au mieux très indirect).
- page 9 : le nombre de facteurs a du être déterminé par la règle de Keyser, il faudrait le préciser. Le diagramme des valeurs propres complet pourrait être proposé, car la règle de Keyser surestime souvent le nombre de dimensions, et les pourcentages de variance présentés pourraient aussi plaider en faveur d'une unidimensionnalité.
- l'utilisation du modèle de Rasch est une bonne idée mais n'est pas utilisée à bon escient. Le modèle de Rasch ne peut être appliqué qu'à une famille d'items unidimensionnels, or les auteurs postulent une bidimensionnalité de leur instrument. Le modèle devrait donc être appliqué à chaque dimensions et non à l'ensemble de l'instrument (si les deux dimensions sont conservées). Il y a par ailleurs confusion entre le pouvoir discriminant d'un item et sa « difficulté ». Le pouvoir discriminant ne peut être estimé par un modèle de Rasch mais par un modèle de réponse à l'item à 2 paramètres. Enfin, aucun résultat de test d'adéquation ne sont donnés.

Ma troisième remarque (non mineure) porte sur les modifications proposées par les auteurs. Je reconnais que les items originaux sont peut être pas très bien formulés et que les modifications proposées vont dans le bon sens. Cependant : 1/ les auteurs de l'instrument original doivent absolument donner leur accord pour la modification, 2/ les modifications sont telles qu'il faut absolument valider le nouvel instrument dans une nouvelle population. (ce n'est pas un caprice de méthodologiste puriste, c'est malheureusement nécessaire).

Montréal, le 20 mai 2006

Cher professeur Loo,

Au début de l'année 2006, nous avons reçu la décision du comité de rédaction de l'Encéphale qui nous informait que le manuscrit *L'Inventaire des relations mère-fille : traduction française et validation du Mother-Daughter Relationship Inventory* était accepté pour publication sous réserve d'apporter les modifications demandées par les referees. Nous avons procédé à ces modifications et vous soumettons la version révisée. Vous trouverez ici-bas la liste des demandes et la façon dont nous en avons tenu compte.

- 1- Le première demande de modification consistait à mieux spécifier la place du MDREL parmi sa concurrence (PBI et CRPBI). Ces comparaisons ont été faites au bas de la page 5 et début de la page 6.
- 2- Il s'agissait ensuite de remplacer l'expression «validité de structure» par «validité de construit». Cela a été fait tout au long du texte.
- 3- Le 2^e referree a écrit : «Citer une fourchette de coefficient de corrélation entre 0,42 et 0,58 n'éclaire en rien sur la validité de construit», nous avons donc clarifié qu'il s'agissait des coefficients de corrélation entre chacun des items et la composante principale (pages 5 et 9).
- 4- Le 2^e referree écrit ensuite : «La validité perçue par les sujets ne peut être évaluée par le nombre de réponses manquantes». Nous sommes d'accord avec cette objection et avons choisi de retirer tout simplement cette phrase.
- 5- Il écrit encore «Il faudrait préciser que le nombre de facteurs a été déterminé par la règle de Keyser». Cela a été fait, dans les sections analyses statistiques et résultats
- 6- «Proposer le diagramme des valeurs propres». Cela a été fait en page 8.
- 7- «Le modèle de Rasch devrait être appliqué à chacune des deux dimensions et non à l'ensemble de l'instrument». Nous avons refait les analyses en ce sens en page 10 et 11.
- 8- «Les auteurs de l'instrument original doivent donner leur accord pour les traductions/ modifications. Mme Greer Fox a donné son autorisation (voir courriel ci-joint)
- 9- «Les modifications sont telles qu'il faut absolument valider le nouvel instrument dans une nouvelle population»; en fait les modifications proposées se résument à atténuer la charge affective d'un des neuf items. Dans la version validée, nous ne modifions pas le libellé de cet item mais tentons de comprendre les résultats du modèle de Rasch. Et plutôt que de proposer une reformulation plus positive des items, nous nous contentons de souligner dans sa version actuelle, l'échelle semble mesure «l'absence de soutien» plutôt que le soutien lui-même.

En espérant que ces modifications vous paraîtront satisfaisantes, nous vous prions, professeur Loo, d'accepter nos meilleures salutations.

Denis Lafortune (pour C. Laurier, J.Achim, Dr Corcos, JP Guay et Dr Jeammet)
(Par courriel)

Appendice B

Critères diagnostiques des troubles des conduites alimentaires (DSM-IV)

Critères d'inclusion des sujets présentant des troubles de la conduite alimentaire :

Critères diagnostiques du DSM-IV

Les diagnostics des troubles de la conduite alimentaire seront établis à partir des critères de l'axe I du DSM-IV (1994) qui distinguent l'anorexie mentale (restrictive ou boulimique/purgative) et la boulimie (avec ou sans vomissements ou prise de purgatifs). Nous recherchons des diagnostics de vie entière en précisant, pour chaque trouble présent, l'âge de l'apparition des troubles et leur durée.

Critères diagnostiques de l'anorexie mentale (anorexia nervosa)

- A. Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et la taille (p. ex., perte de poids conduisant au maintien du poids à 85% du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85% du poids attendu).
- B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.
- C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle.
- D. Chez les femmes postpubères, aménorrhée, c'est-à-dire absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs. Une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple œstrogènes.

Spécification du type

Type restrictif : Pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c'est-à-dire laxatifs, diurétiques, lavements).

Type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs : Pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c'est-à-dire laxatifs, diurétiques, lavements).

Critères diagnostiques de la boulimie (bulimia nervosa)

- A. Survenue récurrente de crises de boulimie (« binge eating »). Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :
 - 1) Absorption, en une période de temps limitée, (p. ex., moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances.
 - 2) Sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (p. ex., sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange)
- B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués; emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments; jeûne; exercice physique excessif.
- C. Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant trois mois.
- D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.
- E. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale.

Spécification du type

Type avec vomissements ou prise de purgatifs (« Purging type ») : Pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.

Type sans vomissements ni prise de purgatifs (« Nonpurging type ») : Pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a présenté d'autres comportements compensatoires inappropriés, tels que le jeûne ou l'exercice physique excessif, mais n'a pas eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.

Appendice C

Critères d'exclusion de la recherche

Critères d'exclusion de la recherche

Critères d'exclusion retenus pour le groupe 1 (TCA)

- Patientes présentant une pathologie organique ou psychiatrique sévère (en particulier un état psychotique avéré, une déficience intellectuelle ou un trouble organique cérébral)
- Présence d'une maladie somatique grave et/ou chronique
- Patientes ne présentant pas les critères d'anorexie mentale ou de boulimie actuelle ou passée, tels que définis par le DSM-IV
- Impossibilité pour la patiente de remplir le questionnaire

Critères d'exclusion retenus pour le groupe 2 (témoins)

- Jeunes femmes présentant une pathologie organique ou psychiatrique sévère (en particulier un état psychotique avéré, une déficience intellectuelle, un trouble organique cérébral)
- Présence d'une maladie somatique grave et/ou chronique
- Jeunes femmes ayant déjà consulté en psychiatrie pour anorexie mentale ou boulimie, actuelle ou passée, tels que définies par les critères diagnostics du DSM-IV
- Impossibilité pour la patiente de remplir le questionnaire

Appendice D

Questionnaire de données socio-démographiques

AUTO-QUESTIONNAIRE

Vous n'êtes pas obligé de répondre mais, si vous acceptez, nous vous demandons de répondre le plus sincèrement à toutes les questions.

COMMENT REPONDRE ?

- Pour la plupart des questions, choisissez votre réponse et notez dans la case |_| située à droite, le chiffre correspondant à la réponse que vous avez choisie.
- N'écrivez qu'un seul chiffre par case |_|.
- Si parmi les réponses, aucune ne vous convient exactement, notez celle qui est la plus proche de votre situation personnelle.
- Il est possible que certaines questions se répètent, vous devez malgré tout y répondre.

Remettez votre questionnaire, après l'avoir rempli, à la personne qui vous l'a donné.

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

(Tournez la page pour commencer)

N° de Dossier : |_|_1_| |_|_|_|

Date du Questionnaire : |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|_|_|

Nom de l'évaluateur : _____

|_|_|

1. QUI ÊTES-VOUS ?

1.1. Vous êtes : Femme... 2 |__|

1.2 Votre date de naissance : |__|_|__|_|__| 19|__|_|__|

1.3 Votre âge : |__|_|__| ans

Ne donnez qu'une réponse par question, puis reportez le chiffre correspondant dans la case de droite.
N'écrivez qu'un seul chiffre par case |__|.

1.4. Votre état civil actuel :

Célibataire	1	
Marié(e)	2	
Concubinage	3	
Veuf(ve)	4	
Séparé(e) ou divorcé(e)	5	__

1.5. Votre lieu de naissance :

France métropolitaine	1	
Dom Tom (Antilles, Réunion...)	2	
Europe du Sud (Espagne, Italie, Grèce, Portugal...)	3	
Afrique du Nord (Algérie, Maroc, Tunisie)	4	
Autre, précisez :	9	__

Quelle est l'origine :

1.6 De votre PERE :

France métropolitaine	1	
Dom Tom (Antilles, Réunion...)	2	
Europe du Sud (Espagne, Italie, Grèce, Portugal...)	3	
Afrique du Nord (Algérie, Maroc, Tunisie)	4	
Autre, précisez :	9	__

1.7 De votre MERE :

France métropolitaine	1	
Dom Tom (Antilles, Réunion...)	2	
Europe du Sud (Espagne, Italie, Grèce, Portugal...)	3	
Afrique du Nord (Algérie, Maroc, Tunisie)	4	
Autre, précisez :	9	__

1.8. Nombre de frères et sœurs : (sans compter les demi frères et soeurs)

si aucun... 00 si oui, combien... |__|_|__|

1.9. Votre rang dans la fratrie : |__|

1.10. Si vous avez moins de 25 ans :

Vos parents sont-ils séparés ou divorcés : non... 0 oui... 1 |__|

Si OUI...

-> 1.11 Est-ce que votre père est remarié ou vit-il maritalement : non... 0 oui... 1 |__|

- 1.12 Avez-vous des demi frères et soeurs issus de ce remariage ?

si aucun... 0 si oui, combien... |__|

-> 1.13 Est-ce que votre mère est remariée ou vit-elle maritalement : non... 0 oui... 1 |__|

- 1.14 Avez-vous des demi frères et soeurs issus de ce remariage ?

si aucun... 0 si oui, combien... |__|

Quelle est la profession de vos parents :

Actuelle ou antérieure, précisez :

1.15 Père : _____ (ne rien écrire ->) |__|

1.16 Mère : _____ (ne rien écrire ->) |__|

1.17. Vous vivez la plupart du temps :

Seul(e)	1	
Avec vos parents (ou l'un d'eux)	2	
Avec votre conjoint(e) ou compagnon(e)	3	
En foyer ou institution	4	
Avec un ou plusieurs ami(e)	5	
Chez un autre membre de la famille	6	
Autres, précisez :	9	__

1.18. Etes-vous actuellement :

Lycéen ou collégien : non... 0 oui... 1 |__|

Si OUI... 1.19 Dans quelle section ?

Collège (6ième-> 3ième)	1	
Lycée d'Enseignement Général et Technique (2nde-> Term.)	2	
CAP	3	
BEP	4	
Bac professionnel	5	
Autre, précisez :	9	__

1.20. Etes-vous actuellement :

Etudiant : non... 0 oui... 1 |__|

Si OUI... 1.21 Dans quelle filière êtes-vous inscrit(e) ?

DUT - BTS	1	
Faculté (DEUG, PCEM, Pharma...)	2	
Classes préparatoires	3	
Ecoles (d'ingénieurs, d'infirmières, d'orthophonistes...)	4	
Autre, précisez :	9	__

1.22. Quel est votre dernier niveau scolaire :

Aucun	00	
Ecole Primaire	01	
Collège (6ième -> 3ième)	02	
Classes spécialisées (CPPN, CPA, SES...)	03	
Lycée d'Enseignement Général et Technique (2nde -> Term.)	04	
Apprentissage	05	
CAP	06	
BEP	07	
Bac professionnel	08	
Ecole technique (BTS) ou IUT (DUT)	10	
Ecole supérieure ou universitaire	11	
Autre, précisez :	09	__ __

1.23. Quel est le dernier diplôme que vous avez obtenu :

Aucun	0
Certificat d'études primaires	1
BEPC	2
CAP	3
BEP	4
BAC	5
Bac. Professionnel	6
BTS, DUT, DEUG (Bac +2)	7
Diplôme d'études supérieures (Bac+3)	8
Autre, précisez :	9

|__|

1.24. Exercez-vous, ou avez-vous exercé une activité professionnelle :

non... 0

oui... 1

|__|

1.25 Quel est votre statut professionnel Actuellement :*En activité*

1

*Interruption ou absence d'activité professionnelle actuelle :**- chômage*

2

- invalidité

3

- longue maladie (au moins 6 mois)

4

Autre, précisez :

9

|__|

Si OUI... 1.26 Quelle est, ou était, votre activité professionnelle ; précisez :

(ne rien écrire ->)

|__|

Appendice E
Questionnaire SCOFF

2. VOTRE ALIMENTATION

1 **Quel est votre poids actuel :** |_|_|_| kg

2 **Quelle est votre taille** |_|_|_| cm

Le questionnaire suivant concerne votre alimentation. Merci de répondre le plus sincèrement possible aux questions suivantes.

3. **Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé :**

NON = 0....OUI = 1

☐

4. **Vous arrive-t-il de craindre de perdre le contrôle et de manger de trop grandes quantités de nourriture :**

NON = 0....OUI = 1

☐

5. **Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en trois mois :**

NON = 0....OUI = 1

☐

6. **Vous trouvez-vous gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop maigre :**

NON = 0....OUI = 1

☐

7. **Diriez-vous que votre vie est dominée par la nourriture :**

NON = 0....OUI = 1

☐

Appendice F

Adaptation de la *Repertory Grid* de Kelly au domaine de la périnatalité (ARGK)

VOS ATTITUDES

Dans le questionnaire qui suit, vous allez trouver une paire d'adjectifs ou d'expressions qui représentent les deux extrêmes d'une échelle et une liste de personnes de votre entourage.

Choisissez l'adjectif ou l'expression qui décrit le mieux, selon vous, chacune de ces personnes. Attribuer une note de 1 à 5. Reportez le chiffre correspondant à votre réponse dans la case de droite.

Remarques :

- Il est possible que certaines personnes sur la liste (comme votre père, votre grand-mère, etc...) soient maintenant décédées : dans ce cas, marquez votre impression de comment elles étaient avant leur décès, ou bien si vous ne les avez jamais connues, comment vous avez entendu dire qu'elles étaient.

- Dans le cas de personnes que vous ne connaissez pas encore (exemple : votre bébé quand il sera grand, etc...), imaginez chacune de ces personnes et répondez spontanément aux questions qui les concernent.

- Enfin, quelques personnes sur la liste ne sont pas réelles mais elles sont plutôt des personnages idéaux (la conjointe idéale selon vous, etc...). Ici aussi, imaginez comment d'après vous ces personnages sont.

Quand vous regardez ces questions, répondez spontanément et rapidement. Ne vous préoccupez pas de ce que vous avez répondu précédemment. C'est votre toute première impression qui compte.

PARTIE 1

Choisissez un chiffre entre 1 et 5

Prends ses responsabilités < 1 2 3 4 5 > Ne prend pas ses responsabilités

1	Vous-même	De 1 à 5	_
2	Votre père	De 1 à 5	_
3	Votre bébé quand il sera grand	De 1 à 5	_
4	La conjointe idéale, selon vous	De 1 à 5	_
5	Votre mère	De 1 à 5	_
6	La femme au travail idéale, selon vous	De 1 à 5	_
7	Votre conjoint	De 1 à 5	_
8	La mère idéale, selon vous	De 1 à 5	_
9	Votre grand-mère maternelle, selon vous	De 1 à 5	_
10	Le conjoint idéal, selon vous	De 1 à 5	_

PARTIE 2*Choisissez un chiffre entre 1 et 5***A peu confiance en lui (elle) < 1 2 3 4 5 > A confiance en lui (elle)**

1	Vous-même	De 1 à 5	__
2	Votre père	De 1 à 5	__
3	Votre bébé quand il sera grand	De 1 à 5	__
4	La conjointe idéale, selon vous	De 1 à 5	__
5	Votre mère	De 1 à 5	__
6	La femme au travail idéale, selon vous	De 1 à 5	__
7	Votre conjoint	De 1 à 5	__
8	La mère idéale, selon vous	De 1 à 5	__
9	Votre grand-mère maternelle, selon vous	De 1 à 5	__
10	Le conjoint idéal, selon vous	De 1 à 5	__

PARTIE 3*Choisissez un chiffre entre 1 et 5***Est équilibré(e) < 1 2 3 4 5 > Est peu équilibré(e)**

1	Vous-même	De 1 à 5	__
2	Votre père	De 1 à 5	__
3	Votre bébé quand il sera grand	De 1 à 5	__
4	La conjointe idéale, selon vous	De 1 à 5	__
5	Votre mère	De 1 à 5	__
6	La femme au travail idéale, selon vous	De 1 à 5	__
7	Votre conjoint	De 1 à 5	__
8	La mère idéale, selon vous	De 1 à 5	__
9	Votre grand-mère maternelle, selon vous	De 1 à 5	__
10	Le conjoint idéal, selon vous	De 1 à 5	__

PARTIE 4*Choisissez un chiffre entre 1 et 5***Dépend des autres < 1 2 3 4 5 > S'arrange tout(e) seul(e)**

1	Vous-même	De 1 à 5	_
2	Votre père	De 1 à 5	_
3	Votre bébé quand il sera grand	De 1 à 5	_
4	La conjointe idéale, selon vous	De 1 à 5	_
5	Votre mère	De 1 à 5	_
6	La femme au travail idéale, selon vous	De 1 à 5	_
7	Votre conjoint	De 1 à 5	_
8	La mère idéale, selon vous	De 1 à 5	_
9	Votre grand-mère maternelle, selon vous	De 1 à 5	_
10	Le conjoint idéal, selon vous	De 1 à 5	_

PARTIE 5*Choisissez un chiffre entre 1 et 5***Est détendu(e) < 1 2 3 4 5 > Est tendu (e)**

1	Vous-même	De 1 à 5	_
2	Votre père	De 1 à 5	_
3	Votre bébé quand il sera grand	De 1 à 5	_
4	La conjointe idéale, selon vous	De 1 à 5	_
5	Votre mère	De 1 à 5	_
6	La femme au travail idéale, selon vous	De 1 à 5	_
7	Votre conjoint	De 1 à 5	_
8	La mère idéale, selon vous	De 1 à 5	_
9	Votre grand-mère maternelle, selon vous	De 1 à 5	_
10	Le conjoint idéal, selon vous	De 1 à 5	_

PARTIE 6*Choisissez un chiffre entre 1 et 5***Décide pour les autres < 1 2 3 4 5 > Se mêle de ses affaires**

1	Vous-même	De 1 à 5	_
2	Votre père	De 1 à 5	_
3	Votre bébé quand il sera grand	De 1 à 5	_
4	La conjointe idéale, selon vous	De 1 à 5	_
5	Votre mère	De 1 à 5	_
6	La femme au travail idéale, selon vous	De 1 à 5	_
7	Votre conjoint	De 1 à 5	_
8	La mère idéale, selon vous	De 1 à 5	_
9	Votre grand-mère maternelle, selon vous	De 1 à 5	_
10	Le conjoint idéal, selon vous	De 1 à 5	_

PARTIE 7*Choisissez un chiffre entre 1 et 5***Est peu porté(e) à prendre soin des autres < 1 2 3 4 5 > Prend soin des autres**

1	Vous-même	De 1 à 5	_
2	Votre père	De 1 à 5	_
3	Votre bébé quand il sera grand	De 1 à 5	_
4	La conjointe idéale, selon vous	De 1 à 5	_
5	Votre mère	De 1 à 5	_
6	La femme au travail idéale, selon vous	De 1 à 5	_
7	Votre conjoint	De 1 à 5	_
8	La mère idéale, selon vous	De 1 à 5	_
9	Votre grand-mère maternelle, selon vous	De 1 à 5	_
10	Le conjoint idéal, selon vous	De 1 à 5	_

PARTIE 8

Choisissez un chiffre entre 1 et 5

Est quelqu'un d'intelligent(e) < 1 2 3 4 5 > N'est pas très intelligent(e)

- | | | | |
|----|-----------------------------------------|----------|----|
| 1 | Vous-même | De 1 à 5 | __ |
| 2 | Votre père | De 1 à 5 | __ |
| 3 | Votre bébé quand il sera grand | De 1 à 5 | __ |
| 4 | La conjointe idéale, selon vous | De 1 à 5 | __ |
| 5 | Votre mère | De 1 à 5 | __ |
| 6 | La femme au travail idéale, selon vous | De 1 à 5 | __ |
| 7 | Votre conjoint | De 1 à 5 | __ |
| 8 | La mère idéale, selon vous | De 1 à 5 | __ |
| 9 | Votre grand-mère maternelle, selon vous | De 1 à 5 | __ |
| 10 | Le conjoint idéal, selon vous | De 1 à 5 | __ |

PARTIE 9

Choisissez un chiffre entre 1 et 5

Est en bonne santé < 1 2 3 4 5 > A une santé fragile

- | | | | |
|----|-----------------------------------------|----------|----|
| 1 | Vous-même | De 1 à 5 | __ |
| 2 | Votre père | De 1 à 5 | __ |
| 3 | Votre bébé quand il sera grand | De 1 à 5 | __ |
| 4 | La conjointe idéale, selon vous | De 1 à 5 | __ |
| 5 | Votre mère | De 1 à 5 | __ |
| 6 | La femme au travail idéale, selon vous | De 1 à 5 | __ |
| 7 | Votre conjoint | De 1 à 5 | __ |
| 8 | La mère idéale, selon vous | De 1 à 5 | __ |
| 9 | Votre grand-mère maternelle, selon vous | De 1 à 5 | __ |
| 10 | Le conjoint idéal, selon vous | De 1 à 5 | __ |

Appendice G

Inventaire des relations mère-fille (IRMF)

VOS RELATIONS AVEC VOTRE MÈRE

Les items suivants évoquent divers sentiments qu'entretiennent parfois les filles à l'égard de leurs mères. Nous vous demandons d'exprimer votre opinion concernant ces énoncés. Reportez le chiffre correspondant à votre réponse dans la case de droite.

Très en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Très en désaccord
1	2	3	4

- | | | | |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----|
| 1 | Ma mère ne semble pas me faire confiance. | De 1 à 4 | __ |
| 2 | Je dis à ma mère seulement les choses que j'estime qu'elle peut entendre sans se fâcher | De 1 à 4 | __ |
| 3 | Je ne sais jamais si ma mère m'aime vraiment ou non | De 1 à 4 | __ |
| 4 | Fréquemment, ma mère ne sait pas réellement t comment me parler. | De 1 à 4 | __ |
| 5 | La majorité du temps, je ne sais absolument pas quels sont les règles qui prévalent chez moi. | De 1 à 4 | __ |
| 6 | En général, je me sens mal à l'aise de discuter avec ma mère de sexualité et de ce qui concerne les relations hommes/femmes. | De 1 à 4 | __ |
| 7 | Ma mère se plaint régulièrement de ce que je fais. | De 1 à 4 | __ |
| 8 | Souvent, je ne sais pas réellement comment parler à ma mère. | De 1 à 4 | __ |
| 9 | Ma mère souhaite contrôler tout ce que je fais | De 1 à 4 | __ |

Appendice H

MINI International Neuropsychiatric Interview –DSM-IV- (M.I.N.I. 5.0)

Partie 1 : M.I.N.I.
Mini International Neuropsychiatric Interview
FRENCH VERSION 5.0.0

DSM-IV

M.I.N.I. 5.0.0 / French version / DSM-IV / current

MODULES	PERIODES EXPLORÉES	
A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR	Actuelle (2 dernières semaines) + Vie entière	
A'. EDM avec caractéristiques mélancoliques	Actuelle (2 dernières semaines)	
B. DYSTHYMIE	Actuelle (2 dernières années)	
C. RISQUE SUICIDAIRE	Actuelle (mois écoulé)	NON
D. EPISODE (HYPO-)MANIAQUE	Actuelle + Vie entière	
E. TROUBLE PANIQUE	Actuelle (mois écoulé) + Vie entière	
F. AGORAPHOBIE	Actuelle	
G. PHOBIE SOCIALE	Actuelle (mois écoulé)	
H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF	Actuelle (mois écoulé)	
I. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	Actuelle (mois écoulé)	
J. ALCOOL (DEPENDANCE /ABUS)	Actuelle (12 derniers mois)	
K. DROGUES (DEPENDANCE /ABUS)	Actuelle (12 derniers mois)	
L. TROUBLES PSYCHOTIQUES	Actuelle + Vie entière	
M. ANOREXIE MENTALE (<i>critères SB IMM</i>)	Actuelle (3 derniers mois)	
N. BOULIMIE (<i>critères SB IMM</i>)	Actuelle (3 derniers mois)	
O. ANXIETE GENERALISEE	Actuelle (6 derniers mois)	
P. TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE	Vie entière	NON

M.I.N.I. 5.0.0
Mini International Neuropsychiatric Interview
DSM IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hargueta, P. Amorin, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM- Paris, France)
D. Sheenan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheenan, E. Knapp, M. Sheenan (University of South Florida-TAMPA, USA)

© 1992, 1994, 1998 Sheenan DV & Lecrubier Y.

INSTRUCTIONS GENERALES

Le M.I.N.I. (DSM-IV) est un entretien diagnostique structuré, d'une durée de passation brève (moyenne 18,7 min. ± 11,6 min.; médiane 15 minutes), explorant de façon standardisée, les principaux Troubles psychiatriques de l'Axe I du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Le M.I.N.I. peut être utilisé par des cliniciens, après une courte formation. Les enquêteurs non-cliniciens, doivent recevoir une formation plus intensive.

• **Entretien :**

Afin de réduire le plus possible la durée de l'entretien, préparez le patient à ce cadre clinique inhabituel en lui indiquant que vous allez lui poser des questions précises sur ses problèmes psychologiques et que vous attendez de lui / d'elle des réponses en oui ou non.

• **Présentation :**

Le M.I.N.I. est divisé en **modules** identifiées par des lettres, chacune correspondant à une catégorie diagnostique.

- Au début de chacun des modules (à l'exception du module " Syndromes psychotiques "), une ou plusieurs **question(s) / filtre(s)** correspondant aux critères principaux du trouble sont présentées dans un cadre grisé.
- A la fin de chaque module, une ou plusieurs **boîtes diagnostiques** permet(tent) au clinicien d'indiquer si les critères diagnostiques sont atteints.

• **Conventions :**

Les phrases écrites en " lettres minuscules " doivent être lues "mot-à-mot" au patient de façon à standardiser l'exploration de chacun des critères diagnostiques.

Les phrases écrites en " MAJUSCULES " ne doivent pas être lues au patient. Ce sont des instructions auxquelles le clinicien doit se référer de façon à intégrer tout au long de l'entretien les algorithmes diagnostiques.

Les phrases écrites en " gras " indiquent la période de temps à explorer. Le clinicien est invité à les lire autant de fois que nécessaire au cours de l'exploration symptomatique et à ne prendre en compte que les symptômes ayant été présentés au cours de cette période.

Les phrases entre (parenthèses) sont des exemples cliniques décrivant le symptôme évalué. Elles peuvent être lues de manière à clarifier la question.

Lorsque des termes sont séparés par un *slash (/)*, le clinicien est invité à ne reprendre que celui correspondant au symptôme présenté par le patient et qui a été exploré précédemment (par ex. question A3).

Les réponses surmontées d'une flèche (➔) indiquent que l'un des critères nécessaires à l'établissement du diagnostic exploré n'est pas atteint. Dans ce cas, le clinicien doit aller directement à la fin du module, entourer " NON " dans la ou les boîtes diagnostiques correspondantes et passer au module suivant.

• **Instructions de cotation :**

Toutes les questions posées doivent être cotées. La cotation se fait à droite de chacune des questions en entourant, soit OUI, soit NON en fonction de la réponse du patient.

Le clinicien doit s'être assuré que chacun des termes formulés dans la question ont bien été pris en compte par le sujet dans sa réponse (en particulier, les critères de durée, de fréquence, et les alternatives "et / ou").

Les symptômes imputables à une maladie physique, ou à la prise de médicaments, de drogue ou d'alcool ne doivent pas être cotés OUI. Le M.I.N.I. Plus qui est une version plus détaillée du M.I.N.I. explore ces différents aspects.

A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

A1	Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?	NON	OUI	<input type="checkbox"/>
A2	Au cours des deux dernières semaines, aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ?	NON	OUI	<input type="checkbox"/>
<p>→</p> <p>A1 OU A2 SONT-ELLES COTEES OUI ?</p>				
		NON	OUI	<input type="checkbox"/>

A3 Au cours de ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses :

- | | | | | |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|--------------------------|
| a | Votre appétit a-t-il notablement changé, <u>ou</u> avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? (variation au cours du mois de $\pm 5\%$, c. à d. $\pm 3,5$ kg / ± 8 lbs., pour une personne de 65 kg / 120 lbs.)
COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE | NON | OUI | <input type="checkbox"/> |
| b | Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop) ? | NON | OUI | <input type="checkbox"/> |
| c | Parliez-vous ou vous déplaçiez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e), et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ? | NON | OUI | <input type="checkbox"/> |
| d | Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ? | NON | OUI | <input type="checkbox"/> |
| e | Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable, et ce presque tous les jours ? | NON | OUI | <input type="checkbox"/> |
| f | Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ? | NON | OUI | <input type="checkbox"/> |
| g | Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ? | NON | OUI | <input type="checkbox"/> |

A4 Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A3 ?
(ou 4 si A1 OU A2 EST COTEE NON)

NON	OUI	<input type="checkbox"/>
EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL		

SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL :

- | | | | | |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|--------------------------|
| A5 a | Au cours de votre vie, avez-vous eu d'autres périodes de deux semaines ou plus durant lesquelles vous vous sentiez déprimé(e) ou sans intérêt pour la plupart des choses et où vous aviez les problèmes dont nous venons de parler ? | NON | OUI | <input type="checkbox"/> |
| b | Cette fois ci, avant de vous sentir déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses, vous sentiez-vous bien depuis au moins deux mois ? | NON | OUI | <input type="checkbox"/> |

A5b EST-ELLE COTEE OUI ?

NON	OUI	<input type="checkbox"/>
EPISODE DEPRESSIF MAJEUR PASSE		

A'. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR AVEC CARACTERISTIQUES MELANCOLIQUES (option)

SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL (**A4 = OUI**), EXPLORER CI-DESSOUS :

A6 a	A2 EST-ELLE COTEE OUI ?	NON	OUI	<input type="checkbox"/>
b	Au cours de cette dernière période, lorsque vous vous sentiez le plus mal, aviez-vous perdu la capacité à réagir aux choses qui vous plaisaient ou qui vous rendaient joyeux(se) auparavant ? Si NON : Lorsque quelque chose d'agréable survenait, étiez-vous incapable de vous en réjouir, même temporairement ?	NON	OUI	<input type="checkbox"/>
A6a OU A6b SONT-ELLES COTEES OUI		NON	OUI	<input type="checkbox"/>

Au cours des deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) et sans intérêt pour la plupart des choses :

A7 a	Les sentiments dépressifs que vous ressentiez étaient-ils différents de ceux que l'on peut ressentir lorsque l'on perd un être cher ?	NON	OUI	<input type="checkbox"/>
b	Vous sentiez-vous, en général, plus mal le matin que plus tard dans la journée ?	NON	OUI	<input type="checkbox"/>
c	Vous réveilliez-vous au moins deux heures trop tôt, en ayant des difficultés à vous rendormir, presque tous les jours ?	NON	OUI	<input type="checkbox"/>
d	A3c EST ELLE COTEE OUI ?	NON	OUI	<input type="checkbox"/>
e	A3a EST-ELLE COTEE OUI (ANOREXIE OU PERTE DE POIDS) ?	NON	OUI	<input type="checkbox"/>
f	Vous sentiez-vous excessivement coupable ou ressentiez-vous une culpabilité qui était hors de proportion avec ce que vous viviez ?	NON	OUI	<input type="checkbox"/>

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A7 ?

NON OUI ☐

**EPISODE DEPRESSIF MAJEUR
avec Caractéristiques Mélancoliques
ACTUEL**

B. DYSTHYMIE

NE PAS EXPLORER CE MODULE SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL

B1 Au cours des deux dernières années, vous êtes-vous senti(e) triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps ? →
NON OUI ☐

B2 Durant cette période, vous est-il arrivé de vous sentir bien pendant plus de deux mois ? →
NON OUI ☐

B3 Depuis que vous vous sentez déprimé(e) la plupart du temps :

a Votre appétit a-t-il notablement changé ? NON OUI ☐

b Avez-vous des problèmes de sommeil ou dormez-vous trop ? NON OUI ☐

c Vous sentez-vous fatigué(e) ou manquez-vous d'énergie ? NON OUI ☐

d Avez-vous perdu confiance en vous-même ? NON OUI ☐

e Avez-vous du mal à vous concentrer, ou des difficultés à prendre des décisions ? NON OUI ☐

f Vous arrive-t-il de perdre espoir ? NON OUI ☐

Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN B3 ? →
NON OUI ☐

B4 Ces problèmes entraînent-ils chez vous une souffrance importante ou bien vous gênent-ils de manière significative dans votre travail, dans vos relations avec les autres ou dans d'autres domaines importants pour vous ? →
NON OUI ☐

B4 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI ☐

DYSTHYMIE ACTUEL

D. EPISODE (HYPO-)MANIAQUE

D1 a	Avez-vous déjà eu une période où vous vous sentiez tellement exalté(e) ou plein(e) d'énergie que cela vous a posé des problèmes, ou que des personnes de votre entourage ont pensé que vous n'étiez pas dans votre état habituel ?	NON	OUI	<input type="checkbox"/>
NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL.				
SI LE PATIENT NE COMPREND PAS LE SENS D'EXALTE OU PLEIN D'ENERGIE, EXPLIQUER COMME SUIV : Par exalté ou plein d'énergie, je veux dire être excessivement actif, excité, extrêmement motivé ou créatif ou extrêmement impulsif.				
Si OUI :				
b	Vous sentez-vous, en ce moment, exalté(e) ou plein(e) d'énergie ?	NON	OUI	<input type="checkbox"/>
D2 a	Avez-vous déjà eu une période où vous étiez tellement irritable que vous en arriviez à insulter les gens, à hurler, voire même à vous battre avec des personnes extérieures à votre famille ?	NON	OUI	<input type="checkbox"/>
Ne pas prendre en compte les périodes survenant uniquement sous l'effet de drogues ou d'alcool.				
Si OUI :				
b	Vous sentez-vous excessivement irritable, en ce moment ?	NON	OUI	<input type="checkbox"/>
➔				
D1a OU D2a SONT-ELLES COTEES OUI ?		NON	OUI	<input type="checkbox"/>

D3 Si D1b ou D2b = OUI : EXPLORER SEULEMENT L'EPISODE ACTUEL
Si D1b ET D2b = NON : EXPLORER L'EPISODE LE PLUS GRAVE

Lorsque vous vous sentiez exalté(e), plein d'énergie / irritable :

- | | | | | |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|--------------------------|
| a | Aviez-vous le sentiment que vous auriez pu faire des choses dont les autres seraient incapables, ou que vous étiez quelqu'un de particulièrement important ? | NON | OUI | <input type="checkbox"/> |
| b | Aviez-vous moins besoin de sommeil que d'habitude (vous sentiez-vous reposé(e) après seulement quelques heures de sommeil ?) | NON | OUI | <input type="checkbox"/> |
| c | Parliez-vous sans arrêt ou si vite que les gens avaient du mal à vous comprendre ? | NON | OUI | <input type="checkbox"/> |
| d | Vos pensées défilaient-elles si vite dans votre tête que vous ne pouviez pas bien les suivre ? | NON | OUI | <input type="checkbox"/> |
| e | Etiez-vous si facilement distrait(e) que la moindre interruption vous faisait perdre le fil de ce que vous faisiez ou pensiez ? | NON | OUI | <input type="checkbox"/> |
| f | Etiez-vous tellement actif(ve), ou aviez-vous une telle activité physique, que les autres s'inquiétaient pour vous ? | NON | OUI | <input type="checkbox"/> |

- g Aviez-vous tellement envie de faire des choses qui vous paraissaient agréables ou tentantes que vous aviez tendance à en oublier les risques ou les difficultés qu'elles auraient pu entraîner (faire des achats inconsidérés, conduire imprudemment, avoir une activité sexuelle inhabituelle) ?

NON OUI ☐

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN D3

OU 4 SI D1a = NON (EPISODE PASSE) OU D1b = NON (EPISODE ACTUEL) ?

→
NON OUI ☐

- D4 Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils déjà persisté pendant au moins une semaine et ont-ils entraîné des difficultés à la maison, au travail/à l'école ou dans vos relations avec les autres

ou avez-vous été hospitalisé(e) à cause de ces problèmes ?

NON OUI ☐

COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE

D4 EST-ELLE COTEE NON ?

SI OUI, SPECIFIER SI L'EPISODE EXPLORE EST ACTUEL OU PASSE

NON OUI ☐

EPISODE HYPOMANIAQUE

ACTUEL = 1
PASSE = 2 ☐

D4 EST-ELLE COTEE OUI ?

SI OUI, SPECIFIER SI L'EPISODE EXPLORE EST ACTUEL OU PASSE

NON OUI ☐

EPISODE MANIAQUE

ACTUEL = 1
PASSE = 2 ☐

E. TROUBLE PANIQUE

E1 Avez-vous déjà eu à plusieurs reprises des crises ou des attaques durant lesquelles vous vous êtes senti(e) **subitement** très anxieux(se), très mal à l'aise ou effrayé(e) même dans des situations où la plupart des gens ne le seraient pas ? Ces crises atteignaient-elles leur paroxysme en moins de 10 minutes ?
NE COTER OUI QUE SI LES ATTAQUES ATTEIGNENT LEUR PAROXYSMES EN MOINS DE 10 MINUTES

NON OUI ☐

Si E1 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1

E2 Certaines de ces crises, même il y a longtemps, ont-elles été imprévisibles, ou sont-elles survenues sans que rien ne les provoque ?

NON OUI ☐

Si E2 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1

E3 A la suite de l'une ou plusieurs de ces crises, avez-vous déjà eu une période d'au moins un mois durant laquelle vous redoutiez d'avoir d'autres crises ou étiez préoccupé(e) par leurs conséquences possibles ?

NON OUI ☐

Si E3 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1

E4 **Au cours de la crise où vous vous êtes senti(e) le plus mal :**

- | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|--------------------------|
| a Aviez vous des palpitations ou votre cœur battait-il très fort ? | NON | OUI | <input type="checkbox"/> |
| b Transpiriez-vous ou aviez-vous les mains moites ? | NON | OUI | <input type="checkbox"/> |
| c Aviez-vous des tremblements ou des secousses musculaires ? | NON | OUI | <input type="checkbox"/> |
| d Aviez-vous du mal à respirer ou l'impression d'étouffer ? | NON | OUI | <input type="checkbox"/> |
| e Aviez-vous l'impression de suffoquer ou d'avoir une boule dans la gorge ? | NON | OUI | <input type="checkbox"/> |
| f Ressentiez-vous une douleur ou une gêne au niveau du thorax ? | NON | OUI | <input type="checkbox"/> |
| g Aviez-vous la nausée, une gêne au niveau de l'estomac ou une diarrhée soudaine ? | NON | OUI | <input type="checkbox"/> |
| h Vous sentiez-vous étourdi(e), pris(e) de vertiges, ou sur le point de vous évanouir ? | NON | OUI | <input type="checkbox"/> |
| i Aviez-vous l'impression que les choses qui vous entouraient étaient étranges ou irréelles ou vous sentiez-vous comme détaché(e) de tout ou d'une partie de votre corps ? | NON | OUI | <input type="checkbox"/> |
| j Aviez-vous peur de perdre le contrôle ou de devenir fou (folle) ? | NON | OUI | <input type="checkbox"/> |
| k Aviez-vous peur de mourir ? | NON | OUI | <input type="checkbox"/> |
| l Aviez-vous des engourdissements ou des picotements ? | NON | OUI | <input type="checkbox"/> |
| m Aviez-vous des bouffées de chaleur ou des frissons ? | NON | OUI | <input type="checkbox"/> |

E5 Y A-T-IL AU MOINS 4 OUI EN E4 ?

NON OUI ☐

Si E5 = NON, PASSER A E7

**Trouble Panique
Vie entière**

E6 Au cours du mois écoulé, avez-vous eu de telles crises à plusieurs reprises (au moins 2 fois) en ayant constamment peur d'en avoir une autre ?

NON OUI ☐

Si E6 = OUI, PASSER A F1

**Trouble Panique
Actuel**

E7 Y A-T-IL 1, 2 OU 3 OUI EN E4 ?

NON OUI ☐

**Attaques
Paucisymptomatiques vie
entière**

F. AGORAPHOBIE

F1 Etes-vous anxieux(se) ou particulièrement mal à l'aise dans des endroits ou dans des situations dont il est difficile ou gênant de s'échapper ou bien où il serait difficile d'avoir une aide si vous paniquiez, comme être dans une foule, dans une file d'attente (une queue), être loin de votre domicile ou seul à la maison, être sur un pont, dans les transports en commun ou en voiture ?

NON OUI ☐

Si F1 = NON, ENTOURER NON EN F2

F2 Redoutez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitez ou bien êtes-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous les affrontez seul(e) ou bien encore essayez-vous d'être accompagné(e) lorsque vous devez les affronter ?

NON OUI ☐
*Agoraphobie
Actuel*

F2 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE NON
ET
E6 (TROUBLE PANIQUE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI ☐
*TROUBLE PANIQUE
sans Agoraphobie
ACTUEL*

F2 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI
ET
E6 (TROUBLE PANIQUE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI ☐
*TROUBLE PANIQUE
avec Agoraphobie
ACTUEL*

F2 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI
ET
E5 (TROUBLE PANIQUE VIE ENTIERE) EST-ELLE COTEE NON ?

NON OUI ☐
*AGORAPHOBIE
sans antécédents de
Trouble Panique
ACTUEL*

G. PHOBIE SOCIALE

G1 Au cours du mois écoulé, avez-vous redouté ou avez-vous été gêné d'être le centre de l'attention ou avez-vous eu peur d'être humilié(e) dans certaines situations sociales comme par exemple lorsque vous deviez prendre la parole devant un groupe de gens, manger avec des gens ou manger en public, ou bien encore écrire lorsque l'on vous regardait ?

→
NON OUI ☐

G2 Pensez-vous que cette peur est excessive ou déraisonnable ?

→
NON OUI ☐

G3 Redoutez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitez ou êtes-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous devez les affronter ?

→
NON OUI ☐

G4 Cette peur entraîne-t-elle chez vous une souffrance importante ou vous gêne-t-elle vraiment dans votre travail ou dans vos relations avec les autres ?

NON OUI ☐

G4 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI ☐

PHOBIE SOCIALE ACTUEL

H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

H1 Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent eu des pensées ou des pulsions déplaisantes, inappropriées ou angoissantes qui revenaient sans cesse alors que vous ne le souhaitiez pas, comme par exemple penser que vous étiez sale ou que vous aviez des microbes, ou que vous alliez frapper quelqu'un malgré vous, ou agir impulsivement ou bien encore étiez-vous envahi(e) par des obsessions à caractère sexuel, des doutes irrépressibles ou un besoin de mettre les choses dans un certain ordre ?

NON OUI ☐

NE PAS PRENDRE EN COMPTE DES PREOCCUPATIONS EXCESSIVES CONCERNANT LES PROBLEMES DE LA VIE QUOTIDIENNE NI LES OBSESSIONS LIEES A UN TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE, A DES DEVIATIONS SEXUELLES, AU JEU PATHOLOGIQUE, OU A UN ABUS DE DROGUE OU D'ALCOOL PARCE QUE LE PATIENT PEUT EN TIRER UN CERTAIN PLAISIR ET VOULOIR Y RESISTER SEULEMENT A CAUSE DE LEURS CONSEQUENCES NEGATIVES

Si H1 = NON, PASSER A H4

H2 Avez-vous essayé, mais sans succès, de résister à certaines de ces idées, de les ignorer ou de vous en débarrasser ?

NON OUI ☐

Si H2 = NON, PASSER A H4

H3 Pensez-vous que ces idées qui reviennent sans cesse sont le produit de vos propres pensées et qu'elles ne vous sont pas imposées de l'extérieur ?

NON OUI ☐

H4 Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent éprouvé le besoin de faire certaines choses sans cesse, sans pouvoir vous en empêcher, comme vous laver les mains, compter, vérifier des choses, ranger, collectionner, ou accomplir des rituels religieux ?

NON OUI ☐

H3 OU H4 SONT-ELLES COTEES OUI ?

→
NON OUI ☐

H5 Pensez-vous que ces idées envahissantes et/ou ces comportements répétitifs sont déraisonnables, absurdes, ou hors de proportion ?

→
NON OUI ☐

H6 Ces pensées ou ces pulsions envahissantes et/ou ces comportements répétitifs vous gênent-ils(elles) vraiment dans vos activités quotidiennes, votre travail, ou dans vos relations avec les autres, ou vous prennent-ils (elles) plus d'une heure par jour ?

NON OUI ☐

H6 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI ☐

**TROUBLE OBSESSIONNEL-
COMPULSIF ACTUEL**

I. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (option)

11	Avez-vous déjà vécu, ou été le témoin ou eu à faire face à un événement extrêmement traumatique, au cours duquel des personnes sont mortes ou vous-même et/ou d'autres personnes ont été menacées de mort ou ont été grièvement blessées ou ont été atteintes dans leur intégrité physique ? EX DE CONTEXTES TRAUMATIQUES : ACCIDENT GRAVE, AGRESSION, VIOL, ATTENTAT, PRISE D'OTAGES, KIDNAPPING, INCENDIE, DECOUVERTE DE CADAVRE, MORT SUBITE DANS L'ENTOURAGE, GUERRE, CATASTROPHE NATURELLE...	→ NON OUI <input type="checkbox"/>
12	Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent pensé de façon pénible à cet événement, en avez-vous rêvé, ou avez-vous eu fréquemment l'impression de le revivre ?	→ NON OUI <input type="checkbox"/>

13 Au cours du mois écoulé :

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| a | Avez-vous essayé de ne plus penser à cet événement ou avez-vous évité tout ce qui pouvait vous le rappeler ? | NON OUI <input type="checkbox"/> |
| b | Aviez-vous du mal à vous souvenir exactement de ce qu'il s'est passé ? | NON OUI <input type="checkbox"/> |
| c | Aviez-vous perdu l'intérêt pour les choses qui vous plaisaient auparavant ? | NON OUI <input type="checkbox"/> |
| d | Vous sentiez-vous détaché(e) de tout ou aviez-vous l'impression d'être devenu(e) un (une) étranger(ère) vis à vis des autres ? | NON OUI <input type="checkbox"/> |
| e | Aviez-vous des difficultés à ressentir les choses, comme si vous n'étiez plus capable d'aimer ? | NON OUI <input type="checkbox"/> |
| f | Aviez-vous l'impression que votre vie ne serait plus jamais la même, que vous n'envisageriez plus l'avenir de la même manière ? | NON OUI <input type="checkbox"/> |
| Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN 13 ? | | →
NON OUI <input type="checkbox"/> |

14 Au cours du mois écoulé :

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| a | Aviez-vous des difficultés à dormir ? | NON OUI <input type="checkbox"/> |
| b | Etiez-vous particulièrement irritable, vous mettiez-vous facilement en colère ? | NON OUI <input type="checkbox"/> |
| c | Aviez-vous des difficultés à vous concentrer ? | NON OUI <input type="checkbox"/> |
| d | Etiez-vous nerveux(se), constamment sur vos gardes ? | NON OUI <input type="checkbox"/> |
| e | Un rien vous faisait-il sursauter ? | NON OUI <input type="checkbox"/> |
| Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN 14 ? | | →
NON OUI <input type="checkbox"/> |

15 Au cours du mois écoulé, ces problèmes vous ont-ils vraiment gêné dans votre travail, vos activités quotidiennes ou dans vos relations avec les autres ?

NON OUI ☐

15 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI ☐

**ETAT DE STRESS
POST-TRAUMATIQUE ACTUEL**

J. DEPENDANCE ALCOOLIQUE / ABUS D'ALCOOL

J1 Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé à plus de trois reprises de boire, en moins de trois heures, plus que l'équivalent d'une bouteille de vin (ou de 3 verres d'alcool fort) ?

→
NON OUI ☐

J2 Au cours des 12 derniers mois :

a Aviez-vous besoin de plus grandes quantités d'alcool pour obtenir le même effet qu'auparavant ?

NON OUI ☐

b Lorsque vous buviez moins, vos mains tremblaient-elles, transpiriez-vous ou vous sentiez-vous agité(e) ?

Ou, vous arrivait-il de prendre un verre pour éviter d'avoir ces problèmes ou pour éviter d'avoir la « gueule de bois » ?

COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE

NON OUI ☐

c Lorsque vous buviez, vous arrivait-il souvent de boire plus que vous n'en aviez l'intention au départ ?

NON OUI ☐

d Avez-vous essayé, sans pouvoir y arriver, de réduire votre consommation ou de ne plus boire ?

NON OUI ☐

e Les jours où vous buviez, passiez-vous beaucoup de temps à vous procurer de l'alcool, à boire ou à vous remettre des effets de l'alcool ?

NON OUI ☐

f Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres parce que vous buviez ?

NON OUI ☐

g Avez-vous continué à boire tout en sachant que cela entraînait chez vous des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques ?

NON OUI ☐

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN J2 ?

NON OUI ☐

**DEPENDANCE
ALCOOLIQUE
ACTUEL**

LE PATIENT PRESENTE-T-IL UNE DEPENDANCE ALCOOLIQUE ?

→
NON OUI ☐

J3 Au cours des 12 derniers mois :

a Avez-vous été à plusieurs reprises ivre ou avec la « gueule de bois » alors que vous aviez des choses à faire au travail (/à l'école) ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes ?

NON OUI ☐

NE COTER OUI QUE SI CELA A CAUSE DES PROBLEMES

- | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|--------------------------|
| b Vous est-il arrivé d'être sous l'effet de l'alcool dans une situation où cela était physiquement risqué comme conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux, faire du bateau, etc. ? | NON | OUI | — |
| c Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous aviez bu comme une interpellation ou une condamnation ? | NON | OUI | <input type="checkbox"/> |
| d Avez-vous continué à boire tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre famille ou votre entourage ? | NON | OUI | <input type="checkbox"/> |

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN J3 ?

NON OUI ☐

**ABUS D'ALCOOL
ACTUEL**

K. TROUBLES LIES A UNE SUBSTANCE (NON ALCOOLIQUE)

K1 Maintenant je vais vous montrer / vous lire (MONTRER LA CARTE DES SUBSTANCES / LIRE LA LISTE CI-DESSOUS), une liste de drogues et de médicaments et vous allez me dire si au cours des 12 derniers mois, il vous est arrivé à plusieurs reprises de prendre l'un de ces produits dans le but de planer, de changer votre humeur ou de vous « défoncer » ?



NON

OUI

☐

ENTOURER CHAQUE PRODUIT CONSOMME :

Stimulants : amphétamines, « speed », Ritaline, pilules coupe-faim.

Cocaïne : cocaïne, « coke », crack, « speedball ».

Opiacés : héroïne, morphine, opium, méthadone, codéine, mépéridine, fentanyl.

Hallucinogènes : L.S.D., « acide », mescaline, PCP, « angel dust », « champignons », ecstasy.

Solvants volatiles : « colle », éther.

Cannabinoïdes : haschisch, « hasch », THC, cannabis, « herbe », « shit ».

Sédatifs : Valium, Xanax, Témesta, Halcion, Lexomil, secobarbital, « barbis ».

Divers : Anabolisants, Stéroïdes, « poppers ». Prenez-vous d'autres substances ?

SPECIFIER LA (OU LES) SUBSTANCE(S) LES PLUS CONSOMMEE(S) : _____

SPECIFIER CE QUI SERA EXPLORÉ CI DESSOUS :

- SI CONSOMMATION DE PLUSIEURS SUBSTANCES (EN MEME TEMPS OU SEQUENTIELLEMENT) :

CHACQUE SUBSTANCE OU CLASSE DE SUBSTANCES SEPARÉMENT ☐

UNIQUEMENT LA SUBSTANCE (OU CLASSE DE SUBSTANCES) LA PLUS CONSOMMÉE ☐

- SI SEULEMENT UNE SUBSTANCE (OU CLASSE DE SUBSTANCES) CONSOMMÉE :

UNIQUEMENT UNE SUBSTANCE (OU CLASSE DE SUBSTANCES) ☐

K2 En considérant votre consommation de [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SÉLECTIONNÉE], au cours des 12 derniers mois :

- a Avez-vous constaté que vous deviez en prendre de plus grandes quantités pour obtenir le même effet qu'auparavant ?

NON

OUI

☐

- b Lorsque vous en preniez moins, ou arrêtiez d'en prendre, aviez-vous des symptômes de sevrage (douleurs, tremblements, fièvre, faiblesse, diarrhée, nausée, transpiration, accélération du cœur, difficultés à dormir, ou se sentir agité(e), anxieux(se), irritable ou déprimé(e)) ?

Ou vous arrivait-il de prendre autre chose pour éviter d'être malade (SYMPTOMES DE SEVRAGE) ou pour vous sentir mieux ?

NON

OUI

☐

COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE

- c Vous arrivait-il souvent lorsque vous commenciez à en prendre, d'en prendre plus que vous n'en aviez l'intention ?

NON

OUI

☐

- d Avez-vous essayé, sans y arriver de réduire votre consommation ou d'arrêter d'en prendre ? NON OUI ☐
- e Les jours où vous en preniez, passiez-vous beaucoup de temps (> 2 heures) à essayer de vous en procurer, à en consommer, à vous remettre de ses (leurs) effets, ou à y penser ? NON OUI ☐
- f Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres parce que vous vous droguiez ? NON OUI ☐
- g Avez-vous continué à prendre [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE] tout en sachant que cela entraînait chez vous des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques ? NON OUI ☐

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN K2 ?

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) :

NON OUI ☐

**DEPENDANCE à une (des)
SUBSTANCES(S)
ACTUEL**

LE PATIENT PRESENTE-T-IL UNE DEPENDANCE POUR LA(LES)
SUBSTANCES(S) CONSOMMEE(S) ?

NON OUI ☐

K3 Au cours des 12 derniers mois :

- a Avez-vous été à plusieurs reprises intoxiqué(e) par [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE] ou « défoncé(e) » alors que vous aviez des choses à faire au travail (/à l'école) ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes ? NE COTER OUI QUE SI CELA A CAUSE DES PROBLEMES NON OUI ☐
- b Vous est-il arrivé d'être sous l'effet [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE] dans une situation où cela était physiquement risqué comme conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux, faire du bateau, etc. ? NON OUI ☐
- c Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous aviez pris [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE] comme une interpellation ou une condamnation ? NON OUI ☐
- d Avez-vous continué à prendre [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE] tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre famille ou votre entourage ? NON OUI ☐

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN K3 ?

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) :

NON OUI ☐

**ABUS DE SUBSTANCE(S)
ACTUEL**

L. TROUBLES PSYCHOTIQUES

POUR TOUTES LES QUESTIONS DE CE MODULE, EN CAS DE REPONSE POSITIVE DEMANDER UN EXEMPLE.

Ne coter OUI que si les exemples montrent clairement une distorsion de la pensée et / ou de la perception ou s'ils sont culturellement inappropriés.

AVANT DE COTER, EVALUER LE CARACTERE " BIZARRE " DES REPONSES.

IDEES DELIRANTES BIZARRES : LE CONTENU EST MANIFESTEMENT ABSURDE, INVRAISEMBLABLE, ET NE PEUT ETRE BASE SUR DES EXPERIENCES HABITUELLES DE LA VIE.

HALLUCINATIONS BIZARRES : VOIX QUI FONT DES COMMENTAIRES SUR LES PENSEES OU LES ACTES DU PATIENT OU PLUSIEURS VOIX QUI PARLENT ENTRE ELLES.

A présent, je vais vous poser des questions sur des expériences un peu inhabituelles ou bizarres qui peuvent survenir chez certaines personnes.

				BIZARR E	
L1 a	Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un vous espionnait, ou complotait contre vous, ou bien encore que l'on essayait de vous faire du mal ?	NON	OUI	OUI	<input type="checkbox"/>
b	SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ?	NON	OUI	OUI → L6a	<input type="checkbox"/>
L2 a	Avez-vous déjà eu l'impression que l'on pouvait lire ou entendre vos pensées ou que vous pouviez lire ou entendre les pensées des autres ?	NON		OUI	<input type="checkbox"/>
b	SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ?	NON		OUI → L6a	<input type="checkbox"/>
L3 a	Avez-vous déjà cru que quelqu'un ou que quelque chose d'extérieur à vous introduisait dans votre tête des pensées étranges qui n'étaient pas les vôtres ou vous faisait agir d'une façon inhabituelle pour vous ? Avez-vous déjà eu l'impression d'être possédé ?	NON		OUI	<input type="checkbox"/>
b	SI OUI : Actuellement, croyez-vous cela ?	NON		OUI → L6a	<input type="checkbox"/>
L4 a	Avez-vous déjà eu l'impression que l'on s'adressait directement à vous à travers la télévision ou la radio ou que certaines personnes que vous ne connaissiez pas personnellement s'intéressaient particulièrement à vous ?	NON	OUI	OUI	<input type="checkbox"/>
b	SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ?	NON	OUI	OUI → L6a	<input type="checkbox"/>
L5 a	Avez-vous déjà eu des idées que vos proches considéraient comme étranges ou hors de la réalité, et qu'ils ne partageaient pas avec vous ? NE COTER OUI QUE SI LE PATIENT PRESENTE CLAIEMENT DES IDEES DELIRANTES HYPOCHONDRIQUES OU DE POSSESSION, DE CULPABILITE, DE RUINE, DE GRANDEUR OU D'AUTRES NON EXPLOREES PAR LES QUESTIONS L1 A L4	NON	OUI	OUI	<input type="checkbox"/>
b	SI OUI : Actuellement, considèrent-ils vos idées comme étranges ?	NON	OUI	OUI	<input type="checkbox"/>
L6 a	Vous est-il déjà arrivé d'entendre des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas entendre, comme des voix ? COTER OUI " BIZARRE " UNIQUEMENT SI LE PATIENT REpond OUI A LA QUESTION : Ces voix commentaient-elles vos pensées ou vos actes ou entendiez-vous deux ou plusieurs voix parler entre elles ?	NON	OUI	OUI	<input type="checkbox"/>
b	SI OUI : Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ?	NON	OUI	OUI → L8b	<input type="checkbox"/>

- L7 a Vous est-il déjà arrivé alors que vous étiez éveillé(e), d'avoir des visions ou de voir des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas voir ? NON OUI |__|
COTER OUI SI CES VISIONS SONT CULTURELLEMENT INAPPROPRIÉES.
- b Si OUI : Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ? NON OUI |__|

OBSERVATION DE L'INTERVIEWER :

- L8 b ACTUELLEMENT, LE PATIENT PRESENTE-T-IL UN DISCOURS CLAIREMENT INCOHERENT OU DESORGANISE, OU UNE PERTE NETTE DES ASSOCIATIONS ? NON OUI |__|
- L9 b ACTUELLEMENT, LE PATIENT PRESENTE-T-IL UN COMPORTEMENT NETTEMENT DESORGANISE OU CATATONIQUE ? NON OUI |__|
- L10b DES SYMPTOMES NEGATIFS TYPIQUEMENT SCHIZOPHRENIQUES (AFFECT ABRASE, PAUVRETE DU DISCOURS, MANQUE D'ENERGIE OU D'INTERET POUR DEBUTER OU MENER A BIEN DES ACTIVITES) SONT-ILS AU PREMIER PLAN AU COURS DE L'ENTRETIEN ? NON OUI |__|

- L11 DE L1 A L10, Y A-T-IL AU MOINS :
UNE QUESTION " b " COTEE OUI BIZARRE
OU
DEUX QUESTIONS " b " COTEES OUI (NON BIZARRE) ?

NON OUI |__|
**SYNDROME PSYCHOTIQUE
ACTUEL**

- L12 DE L1 A L7, Y A-T-IL AU MOINS :
UNE QUESTION " a " COTEE OUI BIZARRE
OU
DEUX QUESTIONS " a " COTEES OUI (NON BIZARRE) ?
(VERIFIER QUE LES 2 SYMPTOMES SONT SURVENUS EN MÊME TEMPS)
OU
L11 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI |__|
**SYNDROME PSYCHOTIQUE
VIE ENTIERE**

- L13a SI L12 EST COTEE OUI ET S'IL Y A AU MOINS UN OUI DE L1 A L7 :

LE PATIENT PRESENTE-T-IL OU A-T-IL PRESENTE :
UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL OU PASSE
OU
UN EPISODE MANIAQUE ACTUEL OU PASSE ?

→
NON OUI |__|

- b SI L13a EST COTEE OUI :
Vous m'avez dit tout à l'heure avoir présenté une (des) période(s) où vous vous sentiez déprimé(e) / exalté(e) / particulièrement irritable. Au cours de votre vie, les idées ou impressions dont nous venons de parler telles que (CITER LES SYMPTOMES COTES OUI DE L1 A L7) sont-elles survenues uniquement pendant cette (ces) période(s) où vous étiez déprimé(e) / exalté(e) / irritable ?

→
NON OUI |__|

- c SI L13b EST COTEE OUI :
ACTUELLEMENT :
LE PATIENT PRESENTE-T-IL UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR
OU UN EPISODE MANIAQUE ASSOCIE A UN SYNDROME PSYCHOTIQUE
ACTUEL ?

NON OUI |__|
**TROUBLE DE L'HUMEUR
avec Caractéristiques
Psychotiques ACTUEL**

- d L13b OU L13c SONT COTEES OUI ?

NON OUI |__|
**TROUBLE DE L'HUMEUR
avec Caractéristiques
Psychotiques VIE ENTIERE**

M. ANOREXIE MENTALE (SB)

M1 a	Combien mesurez-vous ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm
b	Au cours de votre vie, quel a été votre poids le plus faible (depuis l'adolescence) ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kg
c	LE POIDS DU PATIENT A-T-IL DEJA ETE INFERIEUR AU SEUIL CRITIQUE INDIQUE POUR SA TAILLE ? VOIR TABLEAU DE CORRESPONDANCE.	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> → NON OUI <input type="checkbox"/> </div>		
M1d	Avez-vous pesé ce poids dans les 3 derniers mois ? SI M1d = NON : EXPLORER LA PERIODE PASSEE DURANT LAQUELLE LE POIDS ETAIT LE PLUS BAS SI M1d = OUI : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE	NON	OUI	<input type="checkbox"/>
Au cours de la période où votre poids était le plus bas / Au cours des trois derniers mois :				
M2	Avez-vous refusé de prendre du poids, malgré le fait que vous pesiez peu ?	→ NON	OUI	<input type="checkbox"/>
M3	Aviez-vous peur de prendre du poids ou redoutiez-vous de devenir trop gros(se) ?	→ NON	OUI	<input type="checkbox"/>
M4 a	Vous trouviez-vous encore trop gros(se), ou pensiez-vous qu'une partie de votre corps était trop grosse ?	NON	OUI	<input type="checkbox"/>
b	L'opinion ou l'estime que vous aviez de vous-même étaient-elles largement influencées par votre poids ou vos formes corporelles ?	NON	OUI	<input type="checkbox"/>
c	Pensiez-vous que ce poids était normal, voire excessif ?	NON	OUI	<input type="checkbox"/>
M5	Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN M4 ?	→ NON	OUI	<input type="checkbox"/>
M6	POUR LES FEMMES SEULEMENT : Au cours de cette période, avez-vous eu un arrêt de vos règles alors que vous auriez dû les avoir (en l'absence d'une éventuelle grossesse et d'une contraception orale) ?	→ NON	OUI	<input type="checkbox"/>
M7	De façon à éviter une prise de poids, faites-vous régulièrement certaines choses comme vous faire vomir, prendre des laxatifs, des diurétiques ou faire des lavements ?	NON	OUI	<input type="checkbox"/>
M8	Avez-vous régulièrement des crises de boulimie durant lesquelles vous mangez de très grandes quantités de nourriture dans une période de temps limité, c'est à dire en moins de 2 heures ?	NON	OUI	<input type="checkbox"/>

TABLEAU DE CORRESPONDANCE TAILLE - SEUIL DE POIDS CRITIQUE (SANS CHAUSSURE, SANS VETEMENT)

TAILLE (cm)	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
Femmes	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57
POIDS (kg)											
Hommes	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61

(15% DE REDUCTION PAR RAPPORT AU POIDS NORMAL)

M9a

**POUR LES FEMMES : M5 ET M6 SONT-ELLES COTEES OUI
ET M7 ET M8 SONT-ELLES COTEES NON ?**

**POUR LES HOMMES : M5 EST-ELLE COTEE OUI
ET M7 ET M8 SONT-ELLES COTEES NON ?**

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLORÉE EST ACTUELLE OU PASSEE :
ACTUELLE PASSEE

NON OUI ☐

ANOREXIE MENTALE
Type Restrictif

M9b

**POUR LES FEMMES : M5 ET M6 SONT-ELLES COTEES OUI
ET M7 OU M8 SONT-ELLES COTEES OUI ?**

**POUR LES HOMMES : M5 EST-ELLE COTEE OUI
ET M7 OU M8 SONT-ELLES COTEES OUI ?**

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLORÉE EST ACTUELLE OU PASSEE :
ACTUELLE PASSEE

NON OUI ☐

ANOREXIE MENTALE
Binge Eating/Purging Type

M10a Quand pour la première fois avez-vous atteint ce poids tout en ayant les préoccupations dont nous venons de parler ?

ans

M10b Quand pour la dernière fois, cela vous est-il arrivé ?

ans

N. BOULIMIE (SB)

N1 Au cours de votre vie, avez-vous eu une ou plusieurs périodes d'au moins trois semaines où vous aviez des crises de boulimie durant lesquelles vous mangiez de très grandes quantités de nourriture dans une période de temps limitée, c'est-à-dire en moins de 2 heures ?

→
NON OUI ☐

N2a Au cours de cette/ces période(s), aviez-vous de telles crises de boulimie au moins deux fois par semaine ?

→
NON OUI ☐

N2b Avez-vous eu de telles crises, au moins deux fois par semaine, au cours des 3 derniers mois ?

NON OUI ☐

SI N2b = **NON** : EXPLORER LA PERIODE PASSEE DURANT LAQUELLE
LES CRISES DE BOULIMIE ETAIENT LES PLUS FREQUENTES

SI N2b = **OUI** : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE

N3 Durant ces crises de boulimie, aviez-vous l'impression de ne pas pouvoir vous arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler la quantité de nourriture que vous preniez ?

→
NON OUI ☐

N4 De façon à éviter une prise de poids après ces crises de boulimie, faisiez-vous certaines choses comme vous faire vomir ou prendre des laxatifs, des diurétiques ou des coupe-faim ?

NON OUI ☐

N5 De façon à éviter une prise de poids après ces crises de boulimie, faisiez-vous certaines choses comme vous astreindre à des régimes draconiens ou pratiquer des exercices physiques importants ?

NON OUI ☐

N6 L'opinion ou l'estime que vous aviez de vous-même étaient-elles largement influencées par votre poids ou vos formes corporelles ?

→
NON OUI ☐

N7a **EN L'ABSENCE D'ANOREXIE MENTALE :**
N4 ET N6 SONT-ELLES COTEES OUI ?

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLORÉE EST ACTUELLE OU PASSEE :
ACTUELLE PASSEE

NON OUI ☐

BOULIMIE

Purging Type

N7b **EN L'ABSENCE D'ANOREXIE MENTALE :**
N5 ET N6 SONT-ELLES COTEES OUI,
ET N4 EST-ELLE COTEE NON ?

SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLORÉE EST ACTUELLE OU PASSEE :
ACTUELLE PASSEE

NON OUI ☐

BOULIMIE

Non Purging Type

N8a *Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période d'au moins 3 mois où vous aviez au moins 2 crises de boulimie par semaine tout en ayant les préoccupations dont nous venons de parler ?*

ans

N8b Quand pour la dernière fois, cela vous est-il arrivé ?

ans

O. ANXIETE GENERALISEE

O1a Au cours des six derniers mois, vous êtes-vous senti(e), excessivement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), pour des problèmes de la vie de tous les jours, au travail/à l'école, à la maison, ou à propos de votre entourage, ou avez-vous eu l'impression de vous faire trop de souci à propos de tout et de rien ?

→
NON OUI ☐

NE PAS COTER OUI SI L'ANXIETE SE RESUME A UN TYPE D'ANXIETE DEJA EXPLORÉ PRECEDEMMENT COMME LA PEUR D'AVOIR UNE ATTAQUE DE PANIQUE (TROUBLE PANIQUE), D'ETRE GENE EN PUBLIC (PHOBIE SOCIALE), D'ETRE CONTAMINE (TOC), DE PRENDRE DU POIDS (ANOREXIE MENTALE) ETC...

O1b Avez-vous ce type de préoccupations presque tous les jours ?

→
NON OUI ☐

O2 Vous est-il difficile de contrôler ces préoccupations ou vous empêchent-elles de vous concentrer sur ce que vous avez à faire ?

→
NON OUI ☐

DE O3a A O3f, COTER NON LES SYMPTOMES SURVENANT UNIQUEMENT DANS LE CADRE DES TROUBLES EXPLORÉS PRECEDEMMENT

O3 Au cours des six derniers mois lorsque vous vous sentiez particulièrement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), vous arrivait-il souvent:

a De vous sentir agité(e), tendu(e), les nerfs à fleur de peau ?

NON OUI ☐

b D'avoir les muscles tendus ?

NON OUI ☐

c De vous sentir fatigué(e), faible, ou facilement épuisé(e) ?

NON OUI ☐

d D'avoir des difficultés à vous concentrer ou des passages à vide ?

NON OUI ☐

e D'être particulièrement irritable ?

NON OUI ☐

f D'avoir des problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils au milieu de la nuit, réveils précoces ou dormir trop) ?

NON OUI ☐

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN O3 ?

NON OUI ☐

**ANXIETE GENERALISEE
ACTUEL**

Appendice I

Entretien semi-structuré : Maternité, désir d'enfant et filiations féminines

Pour une exploration de la perspective de la maternité dans un contexte
de troubles des conduites alimentaires

MATERNITÉ, DÉSIR D'ENFANT ET FILIATIONS FÉMININES : GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-STRUCTURÉ

(©Julie Achim, 2000)

Directives générales

Il faut garder en tête qu'il s'agit d'une entrevue clinique. Bien que l'on doive tenter de recueillir l'ensemble des informations mentionnées, il importe avant tout d'aborder les différents thèmes à l'étude de manière large afin de laisser aux sujets toute la liberté de nous faire part de leur expérience à leur façon, comme elles le souhaitent. Les questions proposées ne représentent donc que des formulations possibles afin de relancer le discours des sujets ou de solliciter des informations spécifiques qui n'auront pas été abordées par les participantes elles-mêmes. En ce sens, il est possible que plusieurs questions ne s'avèrent pas pertinentes et que les sujets y répondent d'emblée, spontanément. Le déroulement de l'entrevue (ce que les sujets aborderont ou omettront, le fil de leurs associations...) s'avérera tout aussi important que les réponses en soit.

Grands thèmes à l'étude

I. Éléments de l'histoire de la relation mère-fille

On cherche à connaître :

- Nature de la relation mère-fille (conflictuelle, harmonieuse, froide, « meilleure amie », confidente...)
- Changements dans la relation mère-fille depuis l'adolescence ou l'âge adulte
- Compréhension de ces changements

Questions possibles...

- Pouvez-vous me parler de la relation que vous entretenez avec votre mère?
- Quel type de relation entretenez-vous avec votre mère?/ Comment pourriez-vous la qualifier?
- Votre relation a-t-elle changé/évolué à certains moments? Quand? De quelle manière?
- Comment expliquez-vous de tels changements?
- Votre relation a-t-elle changé/évolué à l'adolescence/ à l'âge adulte? De quelle manière?
- Comment expliquez-vous de tels changements?

II. Puberté

On cherche à connaître :

- Age au moment de l'apparition des premières menstruations
- Age au moment de l'apparition des premiers changements physiologiques
- Moment d'apparition de ces changements en comparaison aux autres adolescentes de son âge (avant, après, en même temps)
- Connaissances préalables à l'égard de ces changements
- Perception de ces changements (satisfaction, appréhension, surprise, bouleversement, embarras...)
- Perception des réactions parentales, particulièrement celles de la mère
- Discussions antérieures avec la mère à ce propos
- Discussions antérieures avec d'autres (à identifier : pairs, fratrie, adultes significatifs...) à ce propos
- Confidences maternelles à l'égard de sa propre expérience des changements physiologiques
- « Conception » de la féminité
- « Sentiment » de féminité

Questions possibles...

- Pouvez-vous me parler de vos souvenirs concernant les changements pubertaires (contexte, climat affectif, réactions...)?
- Quelles réactions ont suscitées ces changements?
- Comment avez-vous réagi à ces changements?
- Comment ont réagi vos parents à ces changements?
- Comment a réagi votre mère à ces changements?
- Vous avait-on prévenue/ préparée à une telle éventualité?
- Étiez-vous prête pour de tels changements?
- Aviez-vous eu l'occasion de discuter préalablement de ces changements avec quelqu'un?
- Aviez-vous eu l'occasion de discuter préalablement de ces changements avec votre mère?
- Vous a-t-elle fait part de sa propre expérience de ces changements?
- Quel âge aviez-vous lors de vos premières menstruations?
- À quel âge sont apparus les premiers changements physiologiques?
- À quel moment ces changements sont-ils apparus lorsque vous vous comparez aux autres?

III. Satisfaction à l'égard de l'image corporelle

On cherche à connaître :

- Satisfaction face à son propre corps (lors de l'enfance, de l'adolescence et à l'âge adulte)
- Changements souhaités
- Corps idéal

- Satisfaction des parents, particulièrement celle de la mère, face au corps de sa fille (lors de l'enfance, de l'adolescence et à l'âge adulte)

Questions possibles...

- Comment décririez-vous votre apparence physique?/ Etes-vous satisfaite de votre apparence physique?
- Comment percevez-vous votre corps/que pensez-vous de votre corps?
- Comment perceviez-vous votre corps pendant votre enfance? Votre adolescence?
- Souhaiteriez-vous en changer certains aspects si vous étiez en mesure de le faire? Lesquels?
- A quoi ressemblerait le corps idéal que vous pourriez souhaiter avoir?
- Que pense votre mère de votre corps? A-t-elle toujours eu cette opinion? Pendant l'enfance? Pendant l'adolescence?

IV. Sexualité

On cherche à connaître :

- Âge au moment des premières relations sexuelles
- Moment des premières relations sexuelles en comparaison aux autres adolescentes de son âge (avant, après, en même temps)
- Perception des relations sexuelles (satisfaction, appréhension, surprise, bouleversement, embarras...)
- Point de vue des parents à l'égard de la sexualité
- Perception des réactions parentales, particulièrement celles de la mère
- Discussions antérieures avec la mère à ce propos
- Discussions antérieures avec d'autres (à identifier : pairs, fratrie, adultes significatifs...) à ce propos
- Confidences maternelles à l'égard de sa propre expérience des premières relations sexuelles

Questions possibles...

- Pouvez-vous me parler de vos souvenirs concernant vos premières relations sexuelles (contexte, climat affectif, réactions...)?
- Quel âge aviez-vous à ce moment?
- Comment avez-vous réagi?
- Avez-vous le sentiment que vous étiez prête/ bien informée/ bien préparée pour de telles relations?
- Vos amis(es) ont-ils eu leurs premières expériences sexuelles au cours de la même période que vous? Sinon, à quel moment?
- Aviez-vous eu l'occasion de discuter préalablement de cette éventualité avec quelqu'un?
- Aviez-vous eu l'occasion de discuter préalablement de cette éventualité avec votre mère?
- Vous a-t-elle fait part de sa propre expérience à cet égard?
- Avez-vous informé vos parents de cette situation?

- Comment ont-ils réagi à cette nouvelle?
- Avez-vous informé votre mère de cette situation?
- Comment a-t-elle réagi à cette nouvelle?

V. Désir d'enfant et fantasmes concernant la maternité

On cherche à connaître :

- Ce que la maternité pourrait représenter pour elles
- Désir d'enfant
- Bébé idéal
- Père du bébé
- Mère idéale
- Préférence de sexe pour le bébé
- Ressemblances du bébé
- Craintes, appréhensions face à la maternité
- Perception du corps lors de la grossesse
- Contexte d'une grossesse : âge auquel serait enceinte, nombre d'enfants souhaités, conditions préalables
- Réactions des parents face à une éventuelle grossesse chez leur fille
- Noms envisagés pour le bébé
- Grossesses antérieures
- Avortements antérieurs
- Contraception

Questions possibles...

- Que représente la maternité pour vous?
- Souhaitez-vous avoir des enfants? Si oui, combien?
- Depuis quand souhaitez-vous avoir un enfant?
- Auriez-vous une préférence quant au sexe du bébé? Pour lequel? Pourquoi?
- Comment imaginez-vous une éventuelle grossesse?
- Avez-vous certaines appréhensions quant à la grossesse?
- Comment imaginez-vous le père de votre bébé?
- Pour vous, qu'est-ce qu'un bébé idéal/ comment serait le bébé idéal?
- Pour vous, qu'est-ce qu'une mère idéale/ comment serait la mère idéale?
- Comment croyez-vous que vos parents pourraient réagir à la nouvelle d'une grossesse?

VI. Satisfaction à l'égard de soi

On cherche à connaître :

- Satisfaction quant à la réussite professionnelle
- Satisfaction à l'égard des relations amoureuses
- Satisfaction à l'égard des relations familiales
- Satisfaction à l'égard des relations amicales

Questions possibles...

- Pouvez-vous me parler de votre vie professionnelle? Comment la qualifieriez-vous?
- Pouvez-vous me parler de vos relations amoureuses? Comment les qualifieriez-vous?
- Pouvez-vous me parler de vos relations familiales? Comment les qualifieriez-vous?
- Pouvez-vous me parler de vos relations amicales? Comment les qualifieriez-vous?

*VII. Compréhension du trouble de la conduite alimentaire**On cherche à connaître :*

- Histoire des difficultés
- Sens que prend le symptôme aux yeux de la patiente

Questions possibles...

- Pouvez-vous me parler de ce qui vous arrive en ce moment, ce qui a motivé votre demande de consultation ici?
- Comment comprenez-vous ce qui vous arrive en ce moment, comment expliquez-vous ce qui vous arrive à ce moment?

Appendice J

Gille d'analyse de l'Entretien semi-structuré

Pour une exploration de la perspective de la maternité dans un contexte
de troubles des conduites alimentaires

MATERNITÉ, DÉSIR D'ENFANT ET FILIATIONS FÉMININES : GRILLE D'ANALYSE DE L'ENTRETIEN SEMI-STRUCTURÉ

Catégories thématiques et analytiques identifiées et retenues pour l'analyse des verbatims
d'entretiens*

1. Attitudes et fantasmes à l'égard de la perspective de la maternité

- Au plan formel :
 - Propos sans nuances
 - Propos mitigés
- Au plan du contenu :
 - Maternité perçue comme un idéal, un absolu
 - Beauté du corps des femmes enceintes
 - Pertes associées à la maternité
 - Angoisse associée à la maternité
 - Investissement à connotation « narcissique »
 - Possibilité de réparation de soi
 - Avoir qq chose à soi
 - Donner un sens et/ou une direction à sa vie
 - Normalisation, banalisation de la maternité
 - Changements identitaires associés à la maternité (re : identité de femme, identité de mère, identité de couple parental)
 - Nécessaire coexistence de diverses dimensions identitaires (re : personnelle, parentale, professionnelle, amoureuse)

2. Désir d'enfant

- Oui
- Oui, mais réserves
 - Actuelles ou passées
 - Doutes quant aux capacités maternelles
 - Doutes quant aux capacités maternelles, spécifiquement en lien avec le TCA
 - Période de non désir d'enfant
 - Considération de divers enjeux associés à la maternité (sacrifices professionnels, désir d'enfant du conjoint, responsabilités accrues...)
- Non

3. Craintes et appréhensions

- Présence d'appréhensions

- Prise de poids
- Stérilité
- Incapacité à mener à terme la grossesse
- Douleurs associées à la grossesse
- Conséquences possibles du TCA sur le développement physiologique du fœtus (re : malformations)
- Maladies chez le bébé
- Pertes dans l'après-coup (re : liberté, intimité)
- Doutes quant aux capacités maternelles
- Absence d'appréhensions

4. Contexte imaginaire dans lequel s'inscrirait une grossesse

Contexte général

- Moment
 - Précision de l'âge
 - Le plus tôt possible
 - Plus tard
- Conditions préalables
 - Guérison du TCA
 - Présence d'un lien amoureux stable
 - Présence d'un contexte stable permettant d'offrir au bébé des conditions favorables (re : plans personnel, professionnel, financier, conjugal...)
- La constellation familiale
 - Mention du désir de reproduire la famille d'origine
 - Pas de mention du désir de reproduire la famille d'origine, mais correspondance évidente entre la famille d'origine et la famille imaginaire
 - Correspondance avec l'un des parents
 - Correspondance avec le couple parental
 - Correspondance avec la progéniture
 - Aucune correspondance

Le père du bébé

- Au plan formel :
 - Mentionné spontanément
 - Aucune mention spontanée
- Au plan du contenu :
 - Impliqué auprès du bébé
 - Responsable
 - Nécessité d'un lien conjugal fort
 - Semblable à un amoureux (actuel ou passé)
 - Semblable à soi

Les attitudes des parents à l'égard de la maternité de leur fille

- Contentement, bonheur

- Associé à la guérison du TCA préalable à une grossesse
- Associé au plaisir d'être grands-parents
- Contentement, bonheur plus grand chez l'un des parents
- Mécontentement
 - Compte-tenu du TCA
 - Compte-tenu du contexte actuel (re : études inachevées, revenus précaires...)
 - Mécontentement plus grand chez l'un des parents
- Étonnement et malaise associés à la confirmation d'une vie sexuelle active chez leur fille
 - Étonnement plus grand chez l'un des parents

5. *Le bébé imaginaire*

Le bébé idéal

- Décrit comme soi-même (mêmes qualités et défauts/faiblesses)
- Décrit comme soi-même, en version améliorée (mêmes qualités, celles qu'elles souhaiteraient avoir, sans leurs défauts et failles)
- Bien dans sa peau, dans son corps; épanoui
- Parfait
- Sans angoisse
- N'existe pas

Les ressemblances du bébé

- À soi
- À un idéal de soi
- À son père
- Aux grands-parents
- NSP

Le sexe du bébé

- Préférence
 - Fille
 - Pour retrouver la complicité mère-fille
 - Pour éviter la sexualisation du lien avec un garçon
 - Garçon
 - Pour éviter la rivalité mère-fille
 - Pour calquer le schéma familial
- Aucune préférence, mais...
- Aucune préférence

6. *La mère idéale*

- Existe
 - Sensible à ce qui habite son enfant (besoins, affects)
 - Capacité à instaurer une distance relationnelle adéquate
 - Capacité de réassurance
 - Correspondance avec la mère réelle (mêmes qualités et défauts/faiblesses)

- Correspondance avec la mère réelle, mais en version améliorée (mêmes qualités, celles qu'elles auraient souhaité trouver chez elle, sans ses défauts et failles)
- N'existe pas

7. *Divers*

- Intérêt marqué pour les jeux de poupées
 - Intérêt marqué pour les bébés/jeunes enfants
 - Ressemblances à l'un ou l'autre des parents
 - Histoires familiales de maternité (grossesse, fausse-couche...)
- * Les catégories thématiques, présentées en style *italique*, sont au nombre de sept et réfèrent aux grands thèmes abordés lors de l'entretien. Les catégories analytiques sont, quant à elles, présentées en style normal et réfèrent à celles qui ont émergé de l'analyse des verbatims.

Appendice K

Formulaire de consentement de participation à la recherche

N° de Dossier : | _2_ | | _ | _ |

Date du Questionnaire : | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ | | _ |

FORMULAIRE D'INFORMATION - TEMOINS

L'objectif de cette étude médicale est de préciser les liens éventuels entre certaines caractéristiques émotionnelles et les troubles des conduites alimentaires. Elle s'adresse exclusivement à une population féminine.

Nous avons besoin de **témoins** pour valider nos données recueillies auprès de patientes présentant des troubles du comportement alimentaire.

Nous vous remercions d'avoir répondu à cet auto-questionnaire. Toutefois, pour compléter nos données, nous avons besoin de vous rencontrer pour un entretien (environ 1 heure) à votre convenance. Cet entretien sera fait par une psychologue responsable de la recherche. L'évaluation se fera en une fois, nous ne reprendrons pas contact avec vous après l'entretien.

Les réponses aux questionnaires seront traitées selon des modalités de nature à garantir une stricte confidentialité, ces informations seront soumises comme il se doit au secret médical. Ces informations seront retranscrites dans un dossier codé strictement confidentiel qui servira à constituer un fichier sur ordinateur de tous les sujets examinés à l'occasion de cette étude. Les informations recueillies ne seront consultées que par des professionnels de santé participant au projet et ne seront transmises en aucun cas à d'autres personnes.

Pour tous renseignements concernant cette étude, vous pouvez contacter :

Docteur Maurice Corcos / Docteur Jean Chambry
Institut Mutualiste Montsouris - 42, bd Jourdan, 75014 Paris- Tél. : 01.56.61.69.23

Après en avoir discuté et avoir obtenu réponse à toutes les questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche décrite ci-dessus. Je suis parfaitement consciente que je peux retirer à tout moment mon consentement à ma participation à cette recherche et cela quelles que soient mes raisons et sans supporter aucune responsabilité.

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

TELEPHONE :

SIGNATURE :